



Universitat de Lleida

PREMIS A TREBALLS DE RECERCA DE LA UdL
per a l'estudiantat de batxillerat i cicles formatius de grau superior

La ferida, a la deriva d'un ritual

Chaimaa Abouchi

Centre: Institut Guindàvols (Lleida)

Tutor: David Ruz Guiu

Data: juny, 2021

LA FERIDA

a la deriva d'un ritual



Curs 2020-2021

TREBALL DE RECERCA

Il·lustració de la portada: Laura Oliver Velasco

RESUMEN

La mutilación genital femenina (MGF) es una forma de violencia extrema contra las mujeres, un ritual que encuentra en la cohesión social su justificación. Debido a la inmaterialidad de la tradición, la práctica se ha extendido hasta el punto de aparecer en lugares en los que no existía. En este trabajo, se analizarán las raíces antropológicas de la práctica con el propósito de superar algunos de sus tópicos, se abordará la insuficiencia de las iniciativas legislativas y se destacará la transferencia de conocimiento como movimiento indispensable para su erradicación. La *Agenda 2030*, en sus objetivos de sostenibilidad, promueve políticas que logren su desaparición al finalizar la década. Eso nos lleva a fijar la cuestión como punto de partida. Por ese motivo, en el marco práctico se analizan los datos de población de la provincia de Lleida para conocer posibles casos de riesgo teniendo en cuenta ciertos indicadores.

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is a form of extreme violence against women, a ritual that finds its justification in social cohesion. Due to the immateriality of the tradition, this practice has spread to the point of appearing in places where it did not exist. In this research essay, the anthropological roots of the practice will be analyzed in order to overcome some of its topics, the insufficiency of legislative initiatives will be addressed and the transfer of knowledge will be highlighted as an indispensable movement for its eradication. The 2030 Agenda, in its sustainability objectives, promotes policies that achieve its disappearance at the end of the decade. That leads us to set the question as a starting point. For this reason, in the practical framework the population data of the province of Lleida

LA FERIDA:

a la deriva d'un ritual

0. Introducció	6
1. MARC TEÒRIC	7
1.1. LA FERIDA: <i>des de les afores de la definició</i>	7
1.2. PER QUÈ M'HO FAS, AIXÒ?	8
1.2.1 Raons culturals	10
1.2.2 Raons religioses	11
1.2.3 Raons estètiques.....	12
1.2.4 Raons higièniques.....	13
1.2.5 Raons basades en la salut i la mitologia	13
1.3. CARTOGRAFIA DE LA FERIDA: <i>la X sense tresor</i>	18
1.4. HI HAVIA UNA VEGADA...: <i>quelcom així com un relat inicial</i>	23
1.5. DESMUNTANT TÒPICS: <i>a la superació de prejudicis</i>	23
1.6. LES MARQUES: <i>tipus i conseqüències de la pràctica</i>	25
1.6.1 Conseqüències	28
1.6.1.1 Conseqüències físiques	28
1.6.1.2 Conseqüències sobre el part.....	29
1.6.1.3 Conseqüències psicològiques	29
1.6.1.4 Conseqüències sobre la sexualitat.....	30
1.7. UN ANTÍDOT: <i>la transmissió de coneixement</i>	32
1.7.1. LES TAULES LOCALS DE PREVENCIÓ	36
2. MARC PRÀCTIC	39
2.1. Introducció.....	39
2.2. Aproximació als casos de risc de la província de Lleida.....	39
3. CONCLUSIONS.....	59
4. BIBLIOGRAFIA	60
5. ANNEX	62
5.1. ENTREVISTA FUNDACIÓ WASSU.	62
5.2. FULL AMB LES DADES DE POBLACIÓ	66
5.3. CORREU ELECTRÒNIC NAZANÍN ARMANIAN	68

0. INTRODUCCIÓ:

Va ser durant la reproducció d'un vídeo a la plataforma *youtube* que vaig decidir l'objecte d'estudi del treball de recerca. Fa dos anys, d'això, i jo sense saber-ho. El testimoni d'una dona mutilada em colpiria fins dur-me a redactar la introducció d'aquest treball que ara estàs a punt de llegir.

L'entrevista em va transmetre un dolor que no sé com descriure, i m'indigna, perquè sembla que quan no hi ha paraules per definir quelcom, la realitat que no ha pogut ser nombrada desapareix. En ella, la dona que havia sofert la violència de la practica quan era jove, explicava la seva vivència i assegurava que seria l'última mutilada de la família. Residia a Catalunya, amb dos filles a les que no faria participar d'un ritual que és un atemptat contra la integritat de la dona, una vulneració dels drets humans.

Prendre consciència de la MGF a través de la xarxa em va fer adonar-me del meu desconeixement. Per aquest motiu, vaig començar a buscar informació. Com era possible que al segle XXI hi hagués gent vivint a la deriva d'aquest ritual? Malgrat la fellonia de la pregunta, el que més em desconcertava no era la mutilació. Per què no n'havia sentit a parlar mai? Tota aquesta barreja de sentiments em va moure a escollir aquest tema al poc de començar 1r de Batxillerat. Molts països continuen jugant a fet i amagar amb els drets humans. Però que ningú no es confii, menys encara els que presumeixen. Si els drets humans fossin uns mitjons, als dits de tots els països hi hauria un forat fet amb l'ungla.

Les dades són esfereïdores. La quantitat de dones mutilades és escandalosa. L'objectiu 5.3 de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides es proposa *eliminar totes les pràctiques nocives, com el matrimoni infantil, precoç i forçat, així com la mutilació genital femenina*. En principi, un horitzó com aquest hauria de motivar iniciatives legislatives en tots els països. D'aquí s'esdevé la pregunta que regeix el treball: *s'haurà erradicat la MGF abans del 2030?*

Tenint en compte la predicció de la ONG PLA INTERNATIONAL sospitava que no (40 milions de nenes i adolescents). Tot i amb això, volia estirar del fil d'aquesta pregunta. Per fer-ho, el tutor em va recomanar que contactés via mail amb Nazanín Armanian, una politòloga iraniana resident a l'Estat espanyol que ha treballat molt aquesta qüestió. En un dels correus, m'expressava la seva desconfiança en les accions de l'ONU, considerant-les irrealistes. Em deia que la situació de les dones havia empitjorat en els últims anys i que pràctiques com l'ablació s'estaven estenent per llocs on no existia.

Dos motius? L'extrema dreta islàmica i la migració¹. Tot plegat despertava en mi moltes preguntes. Per tal d'endregar-les, em vaig proposar els següents objectius:

- Conèixer les motivacions culturals de la pràctica.
- Superar el prejudici de la prescripció corànica.
- Mostrar les limitacions dels codi penals.
- Presentar la transferència de coneixement com a mètode eficaç per a la seva erradicació.
- Realitzar un estudi aproximat dels possibles casos de risc de la província de Lleida.

Si miro enrere, l'aprenentatge que he obtingut amb el treball compensa les estones d'incertesa. Com a dona provinent del Nord d'Àfrica em sento, per raons culturals, propera a les persones que conviuen amb aquesta pràctica. Si al 2030 la seva fi no ha arribat, recullo el que em van dir des de la Fundació Wassu: espero que s'aconsegueixi el 2031.

¹ ANNEX, Correu electrònic de Nazanín Armanian, p.69

1. MARC TEÒRIC

1.1. LA FERIDA: *des de les afores de la definició.*

El tutor del treball de recerca m'ha insistit molt en no començar el marc teòric plagiant del diccionari la definició de *mutilació*. Em diu que no és la manera més encertada de fer-ho perquè la veu que es llegeix no és la meua. Era com ho tenia a l'esborrany i, ben mirat, potser té raó. De fet, no és necessària. Si prestem atenció a les tres paraules que formen l'objecte d'estudi del meu treball (*mutilació genital femenina*), de seguida advertirem el fons de la qüestió.

El que trobo més encertat d'evitar aquest impuls enciclopèdic és l'extensió del problema. La definició només² recull l'evidència física de l'acció: “llevar una part essencial del cos”³. Amb l'execució de la pràctica, però, es produeix una alteració que va més enllà de la modificació fisiològica, quelcom així com una *ferida vital*, és a dir, una marca que determina una forma de vida.

Procuo escriure el treball des de les afores de la definició, un espai que em permet observar amb calma tot el que hi ha al voltant d'un ritual que suposa una vulneració dels drets humans de les dones i de les nenes. L'any 1979 l'Assemblea General de les Nacions Unides celebrà la *Convenció de les Nacions Unides sobre l'Eliminació de totes de les Formes de Discriminació contra la Dona*. El propòsit era el d'instar als Estats membres a legislar per superar la discriminació:

«modificar els patrons de conducta socials i culturals d'homes i dones, amb esperança d'arribar a l'eliminació dels prejudicis i les pràctiques habituals i de qualsevol índole, basats en l'idea de la inferioritat o de la superioritat de qualsevol dels sexes o rols estereotipats d'homes i dones⁴»

Exposaré el treball de recerca durant el mes de Gener de 2021. Si fem la resta, ens trobarem amb un problema que, malgrat haver-lo plantejat fa quaranta-dos anys, persisteix.

La MFG no fa referència únicament a l'extirpació dels genitals femenins (ja siguin parcials o totals). Cal considerar també totes aquelles agressions que es practiquen per raons que no són mèdiques (amb excepcions, com és el cas d'Egipte, país al que ens referirem més endavant. Tot i haver prohibit la pràctica, la prevalença supera el 80%, amb

²l'adverbi “només” ha sigut utilitzat de manera premeditada

³Definició extreta de l'espai web DIEC. Paraula cercada: mutilar.

⁴ Assemblea General de les Nacions Unides, 1979 art. 5.

nenes mutilades als hospitals). Se sol definir en termes de ritual, i com que l'empara una tradició (un marc cultural concret), sembla que estigui justificada i que l'agressió desaparegui. Suposem una persona que hagi sigut ferida per una altra amb una fulla d'afaitar. A l'individu ferit se'l considerarà l'agredit i a l'altre, l'agressor. Però si canviem l'escenari, és a dir, ens traslladem a l'interior d'una habitació on es du a terme aquesta practica, l'agressió es va convertint a poc a poc en una marca que gaudeix de la impunitat cultural. Així ho explica la politòloga iraniana Nazanín Armanian en un article publicat al mitjà digital *Público.es* el 25 d'agost de 2015:

«Visualitzeu per un moment aquesta “notícia”: “diversos grups de persones, després de retenir a desenes d’homes i dones contra la seva voluntat, els van arrancar la roba com mana la tradició i després de despullar-los i subjectar-los les cames i els braços, els hi van amputar els genitals. Llavors, en presència de les seves víctimes ja mutilades - amarades de sang, aterrides- participaren en una festa recitant oracions, ballant i cantant. Tot va sortir amb normalitat i sense incidents”. Això no és cap innocentada. Si els retinguts fossin nenes i nens, estariem narrant la dantesca escena -tot i que en versió suavitzada i censurada per no ferir les “sensibilitats” dels adults- de l'agressió física i psicològica que cometen milions de pares i mares contra els seus fills i filles en les cerimònies de circumcisió i ablació en tot el món i amb la impunitat que els hi atorguen els seus credos i el poder legal que exerceixen sobre proles. És com el dret dels progenitors a “corregir raonablement” a la seva descendència. I per què no podem “corregir raonablement” a les nostres parelles, pares, avis o al veí i al seu fill, quan creiem que s'equivoquen? No serà perquè ells ens tornarien el cop i un nen, no? Mutilen als seus fills i filles simplement perquè es veuen amb dret de fer-ho»⁵

Hi ha molts arguments que justificarien l'exercici d'aquest ritual: religiosos, supersticiosos, higiènics, estètics, sexuals, reproductius, etc. És cert que la mutilació no és exclusiva de la feminitat. Se sap que en determinades cultures als nens se'ls extirpa la pell del prepuci. Tanmateix, les conseqüències de les pràctiques (fisiològiques i culturals) no són les mateixes. Més endavant abordarem aquest assumpte amb més atenció. En aquest primer apartat, tan sols es volia acostar al lector la definició d'una ferida que no tanca.

1.2. PER QUÈ M'HO FAS, AIXÒ?

En els relats que he llegit amb experiències contades en primera persona hi ha implícita la pregunta de l'epígraf. Hi ha un moment de desconcert, en tancar-se la porta. Els homes es queden a fora; les dones, a dins. La pràctica és cosa seva, quelcom que ha afavorit la

⁵ARMANIAN, Nazanín, a *Público.es*, 25 d'agost de 2015.

continuïtat del ritual (no assistir a l'experiència del dolor invisibilitza el dany). En el seu llibre, Khady Koita explica com les dones grans de la família acompanyaven a les noies en el procés de purificació, que conduïa la *buankisa* (com es desenvoluparà més endavant). Hi ha un cert mutisme, al voltant de la pràctica. Malgrat que les mares i les germanes grans hagin passat pel mateix, ningú no en diu res. L'excisió se suporta en silenci:

«Las hermanas mayores pasaron por ello, instruidas por las abuelas que tienen el privilegio de dirigir la casa y la educación de los niños (...) Las madres se han marchado. Un abandono extraño de momento, pero ahora sé que ninguna madre, ni siquiera si tiene un duro corazón, puede soportar la visión de lo que van a hacerle a su hija, ni sus gritos sobre todo. Sabe de qué se trata, puesto que lo ha sufrido y, cuando se toca a su hija, su carne sangra de nuevo. Sin embargo lo acepta, es así y ella no tiene más vías de reflexión que ese ritual bárbaro, supuestamente “purificador para poder orar”, llegar virgen al matrimonio y permanecer fiel (...) A mis siete años, ignoro por completo que, como todas las chicas, poseo un clítoris y para qué sirve. Nunca me he fijado en él, y ya no lo veré. La única cosa que cuenta, aquella mañana, es el anuncio de un dolor espantoso del que he oído algunos ecos difusos (...) En aquellos momentos no divisó a ningún hombre a nuestro alrededor⁶».

L'instant en què la *buankisa* agafa la fulla per realitzar la ferida, l'autora ens fa partícips del seu temor: «las niñas callan, heladas de miedo, probablemente hasta el punto de hacerse pipí encima. Pero ninguna intenta huir, és impensable⁷». *Per què ens ho feu, això?* És la pregunta que em recorria la ment mentre llegia el capítol. Com pot ser que la família (nucli d'unió, de protecció, d'afecte, etc) provoqui aquest dolor? En quin moment una intervenció no mèdica es converteix en necessària? Què justifica, el ritual? Què es pretén aconseguir, amb ell? Per què s'accepta?



Camino Sesgado, Amelia Sales Mira

La llista de preguntes obeeix a la quantitat de respostes. No només n'hi ha una, de raó. Totes elles, però, tenen un arrel comuna: el valor simbòlic. Per a les comunitats practicants, la importància radicaria en un aspecte cabdal: la cohesió social. El desenvolupament de la practica introdueix les noies en el sí de la comunitat, convertint la mutilació en un acte vinculat al sentiment de pertinença. D'aquesta manera, s'entén que

⁶ KOITA, Khady, *Mutilada*, a Editorial RBA, Barcelona 2005, traducció de Manuel Serrat Crespo, 2007, pp.18-20.

⁷ Íbidem

formen part d'un grup en el que poder-se reconèixer. En algunes societats, segueix formant part de les cerimònies d'iniciació a la vida adulta, influint directament en la construcció de rols i, donant identitat ètnica i de gènere. Com que la ferida no té una connotació negativa (el dolor és quelcom que ha de suportar-se perquè comporta quelcom favorable: el salt actiu a la comunitat), per als membres de la família és un moment d'orgull que reafirma la feminitat de la nena i li transmet un coneixement que serà necessari per a comprendre la tradició de la seva comunitat i donar-li continuïtat.

Per als qui ens mirem aquestes pràctiques amb prismàtics culturals (una manera metafòrica de destacar la distància), tot i saber que es tracta d'un ritual que atempta contra la integritat física i psicològica de les nenes, la duresa de l'acte ens obliga a preguntar-nos per les raons que justificarien una lesió com aquesta. Com he esmentat al principi de l'apartat, no són pocs, els motius: religiosos, d'identitat, higiènics, estètics, reproductius, ets. Fins i tot hi ha qui defensa que amb això es protegeix la feminitat, la puresa, la virginitat i, els més supersticiosos, que s'aconsegueix que el nounat neixi evitant un mal segur (es creu que de fregar el cap amb el clítoris pot néixer mort o sofrir alguna malaltia). N'hi hauria d'altres, de motius, relacionats amb la integritat familiar, doncs consideren que la mutilació garanteix "l'honor" i assegura el matrimoni. Per tal d'organitzar l'apartat i facilitar la lectura, a continuació dividiré les raons per les quals l'embolcall cultural justifica una agressió donant-li el sentit de ritual:

1.2.1. RAONS CULTURALS: *la fal·làcia de la tradició.*

És difícil qüestionar una pràctica sense caure en la crítica etnocèntrica. De fet, les persones que defensen aquest tipus de rituals s'emparen en el relativisme cultural, com si qualsevol cosa fos justificable. La fal·làcia de la tradició protegeix molts costums que suposen una agressió (ho amplio als animals). Normalitzar un acte (reproduir-lo sense preguntar-se el *per què*) comporta una certa incapacitat per reconèixer el problema. I quan interpel·les a les persones que la defensen, la resposta que es treuen de sota la màniga s'ha convertit en un clàssic: *per què és la tradició*.

Forma part de la manera de ser d'una comunitat. Les festes, les costums, la gastronomia, l'estètica, els formalismes, etc... tot allò que té a veure amb les convencions defineix un grup social. Això fa que les crítiques foranies (d'aquells que no en formen part) siguin rebudes amb displicència. Tanmateix, el relativisme no ho empara tot. Quan es tracta de la integritat física i psicològica de les persones, l'individu ha d'avantposar-se a la tradició.

No és fàcil, superar una tradició com aquesta, i menys quan s'entén com una practica que millora la vida de les noies de la comunitat. El component místic dificulta plantejar-se la seva erradicació. Així presenten a les noies en societat les mares i les àvies (generalment aquestes segones), integrant-les. Les mares recorden el dolor, la por. Tot i amb això, la necessitat s'imposa perquè volen assegurar a les filles una vida de qualitat.

No hi ha una manera específica de realitzar aquesta pràctica, varia segons la comunitat i sol anar des dels set dies després de néixer fins a la pubertat, abans de la primera menstruació. Actualment, s'està observant una reducció en l'edat en què es practica, donant més importància al “tal·l” i no al ritual.

1.2.2. RAONS RELIGIOSES

Sé que les religioses són, en el fons, raons culturals. El propòsit del primer apartat era destacar el poder de la tradició. En aquest, ens centrarem sobretot en els motius religiosos.

La MGF no es practica únicament en comunitats musulmanes (com el prejudici sosté, quelcom que abordarem al punt 1.5), també la realitzen les cristianes coptes o els falaixes, al·legant, en alguns casos, raons religioses. El desconeixement sobre l'origen de la pràctica és notori. Equivocadament, s'associa la MGF a un precepte religiós i no és ben bé així (veure 1.5. *Desmuntant tòpics*). No obstant això, hi ha persones que, interessades en donar-li continuïtat a la pràctica, apel·len a les sagrades escriptures per considerar-les inqüestionables. El posicionament no és unànim. És cert que hi ha líders religiosos que la saben irrellevant (en termes religiosos) i d'altres que procuren la seva erradicació. Tanmateix, també existeixen els que la fomenten i busquen protecció en la figura de la divinitat:

«Mientras que los líderes musulmanes africanos (siempre hombres) siguen insistiendo en que la ablación es una obligación del Islam, lo cierto es que ningún versículo del Corán hace referencia a ella. Los imanes africanos, para divulgar esta falsa afirmación, se aprovechan de que la mayoría de la población, sobre todo las mujeres, no saben leer o no conocen el idioma árabe, en el que está escrito el Corán⁸»

En el cas de la circumcisió masculina, els jueus sí que estan subjectes a un mandat diví. Atenent al *Gènesi 17*, la divinitat s'apareix a un Abraham de 99 anys i li proposa segellar un pacte entre ambdós, mutilant-se. Aquesta serà la marca que els unirà, fent evident en la carn dels homes la seva lleialtat a la divinitat, doncs tot baró no circumcidat serà exclòs *del poble*:

⁸ARMANIAN, Nazanín, *El Mundo*, 19 de maig de 2002.

«Quan Abram tenia noranta-nou anys se li aparegué el Senyor i li digué:

- Jo sóc el Déu totpoderós. Viu seguint els meus camins i sigues irrepreensible. Faré una aliança entre jo i tu, i serà nombrosíssima la teva descendència.

- Abram es va prosternar amb el front a terra, i Déu li digué:

(...)

- A tu i als teus descendents, us donaré tot el país de Canaan, on ara vius com a immigrant. Serà possessió d'ells per sempre; i jo seré el seu Déu. (...) Circumcidareu el vostre prepuci, i aquest serà el signe de l'aliança entre jo i vosaltres (...) Tot home que no hagi estat circumcidat serà exclòs del poble, perquè haurà trencat la meva aliança⁹».

En canvi, l'Islam no imposa la seva execució. La practica respon més aviat a una obligació social o *sunna*, que derivaria de la interpretació del llibre que recull pòstumament les paraules del profeta. En ell s'explica que trobà a una dona escindint-se i que li digué: “no operis d'aquesta forma radical... és preferible per a la dona¹⁰”. Els que pretenen justificar-la, s'agafen a aquest amb l'ànim de destacar que el profeta només prohibia la infibulació (l'ablació completa) però no la mutilació, establint un buit que justificaria altres maneres de desenvolupar la pràctica. En l'apartat 1.5 s'aprofundirà en aquesta qüestió amb la intenció de superar el prejudici segons el qual és un acte arrelat a la cultura musulmana.

1.2.3. RAONS ESTÈTIQUES

En les comunitats on es practica la MGF els genitals femenins són considerats *antiestètics*, especialment el clítoris, una anomalia en el cos femení per apreciar un *penis en potència*. De no ser escindint, diuen, podria arribar a tenir les dimensions d'un membre masculí. Entenen els infants com andrògins, i amb la practica pretenen definir la sexualitat: convertir la criatura en una dona. El clítoris, en el marc d'aquest enraonament, sobra, és innecessari, d'aquí que es pugui mutilar. A més, la protuberància incompleix amb el cànon estètic. Està massa a prop del sexe masculí, cal allisar la zona, adequar-la a l'ideal de bellesa per a que l'home la trobi atractiva, reforçant així el matrimoni. El contrari, és a dir, la presència d'un *penis en potència* comportaria el rebuig de l'home, el repudi, per considerar-la bruta, no vàlida per formar una família. Una dona així no pot manipular aliments, cuidar als membres de la comunitat, despertar el desig sexual de l'home, etc. No només és més bonic, afirmen, sinó que a més l'estrenyiment de la vagina causaria major

⁹Gènesi 17.

¹⁰ KAYANÍ, Azade, ZEIN, Martha, *Sólo las diosas pasean por el infierno*, a Flor del viento, Barcelona 2002, p.57

plaer a l'home, quelcom prioritari. El masclisme de la pràctica és evident, centralitzant l'home, mutilant a la dona en benefici del seu plaer. I què passa amb el plaer femení? Desapareix! La satisfacció masculina s'avantposa a la integritat física i psicològica de la dona. A ella li correspon satisfer, obeir, acceptar, tolerar, consentir. L'home, al seu torn, gaudeix, ordena i actua. Arrencant del cos l'òrgan del plaer, s'extingeix el goig i la vitalitat.



"Entre mis labios, mi clitoris". A.Hubin i C.Michel

1.2.4 RAONS HIGIÈNIQUES

Estirant el fil de l'apartat anterior, desemboquem en una altra raó que justificaria la MGF: la higiènica. Es parla dels genitals femenins com si fossin un pou d'aigües residuals. Per aquesta raó, abans de dur a terme el ritual de purificació, se les exclou de la comunitat (se les aïlla) i se'ls hi prohibeix manipular qualsevol aliment. La creença arriba fins al punt d'afirmar que una dona no mutilada pot transferir malalties a través de l'aigua o del menjar, si ho toca sense haver estat prèviament *sanejada*. Continuant la interpretació d'un argument com aquest, semblaria que les nenes siguin innobles fins que se'ls hi arranqui la part *punitiva*. A partir d'aquest moment, són aptes, perquè han sigut desproveïdes d'allò que les embrutava: una part de si mateixes que té a veure amb el plaer. Es pensen que un cop eliminat del seu cos el penis en potència, aconseguiran estar en harmonia amb el seu sexe. Fins i tot, alguns afirmen que les protegeix de ser violades, com recull Khady Koita en el seu llibre (*Mutilada*, pg. 223) en el que és, evidentment, un fals favor (o un interès disfressat).

1.2.5. RAONS BASADES EN LA SALUT I EN LA MITOLOGIA

La virginitat és un requisit indispensable per a contraure matrimoni. L'honor de la família depèn de la puresa de la filla, que serà demostrada durant el coit. Com hem dit abans, la mutilació estimula el desig. És, a més, una prova de virginitat, la marca d'un compromís que arriba fins al matrimoni. L'evidència de la ferida constata que es tracta d'una dona i d'una família compromesa amb la tradició, significant això el compliment de tots els

principis, també el de la castedat. Un cop contret el matrimoni, aquesta li serà fidel, perquè l'ablació li facilitarà el control dels impulsos sexuals. Fins aquest extrem arriba la creença.

Per si tot això no fos suficient, hi hauria una altra raó, sanitària (pensant en els beneficis d'un nounat). Com que hi ha el convenciment que el clítoris és una cosa bruta, cal extirpar-lo en benefici de la vida que està per venir. De no ser així, en cas de tocar aquesta part nociva, el nadó podria morir o contreure alguna malaltia, sobretot en dones primigràvides. Hi ha un substrat mitològic, en això. Algunes tribus creuen que el clítoris és la casa d'un ésser maligne i que la única manera d'acabar amb ell és mutilant a la nena. I, en realitat, el clítoris és el niu del plaer.

Sigui per la raó que sigui, l'agressió se l'endú el cos. No n'hi ha prou amb l'oració o amb viure d'una determinada manera, per purificar-se. Cal, necessàriament, la mutilació. I no qualsevol cosa: per què no el lòbul de l'orella, els pòmuls o un dit del peu? Per què els genitals? Per què els femenins? Abans ja hem dit que la circumcisió també es practica en homes. Tanmateix, l'acte és superficial comparat amb la infibulació. Redueix simbòlicament el plaer, però no l'exclou. Ni tampoc comporta conseqüències en la fertilitat, per exemple. Això em va dur a plantejar-me dos preguntes: per què en els rituals culturals s'infringeix dolor al cos? Hi ha alguna relació entre el plaer i l'autonomia?

En tots dos casos, les respostes que anava trobant em dirigien a l'argument de la dominació, mantenir un control sobre els individus. Contestant la primera pregunta, en alguns casos es per demostrar fortalesa, com en els *fulbé*, una tribu en què els joves han de demostrar la seva virilitat suportant fuetades. Quelcom paregut farien els *Satere-Mawé*, però amb formigues verinoses. Els joves han de resistir les mossegades i les nàusees. Trobaríem exemples en la cultura catòlica. El cilici, per exemple, la camisa aspra utilitzada per a fer penitència. El dolor al cos és una manera de donar forma a un individu dins d'una comunitat. I això em permet contestar a la segona pregunta i enfocar-la al meu objecte d'estudi.

El dolor es contraposa al plaer. Amb el dolor se sofreix; amb el plaer, es gaudeix. El plaer apel·la a la subjectivitat, és individual, el sent el propi individu. És una experiència que evidencia la corporalitat. És expansiu, dinàmic i vital. Havent dit això, és clar que hi ha una relació entre el plaer i l'autonomia. Per aquest motiu s'intervé la sexualitat de les dones, mutilant-les: s'aconsegueix exercir un control sobre elles. És una estratègia de dominació. I més si tenim en compte que no és un acte aïllat, sinó que va acompanyat d'uns principis al voltant dels quals es construeix l'espai social en el que viuran. Dit des de A.Kayani i Marta Zhein:

«Extirpar la manifestació muscular del delit sexual sexual femení ha sigut una pràctica tant per als cristians com per als musulmans doncs darrera de l'ablació existeix realment una voluntat de sotmetiment de la dona i no una raó religiosa. La humanitat és conscient del poder revolucionari de l'èxtasi, i per això, espantats per la potent combinació que suposaria la suma de la capacitat reproductora amb la sensual en un mateix ésser, els homes de certes tribus decidiren convertir-se en els únics posseïdors dels goig i aïllar el poder creador de les seves femelles¹¹».

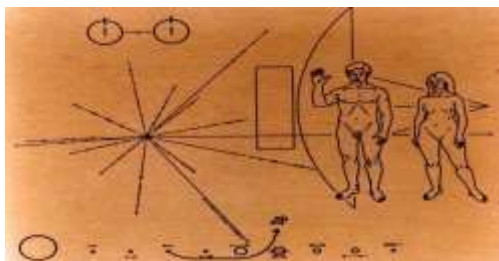
Extirpar l'òrgan funció la qual és donar plaer és un acte que persegueix la submissió, intenció amagada sota arguments com que la mutilació rescata la dona de la impuresa, la protegirà de no ser violada, la unirà en matrimoni, etc. En altres paraules: és allò que possibilita la seva vida en comunitat. Però la única cosa provada és l'afany de domesticació.

«Encuentro también, en las aldeas africanas, abuelas de noventa años, que a veces hablan de un modo distinto. “¿Sabes, hija mía, por qué los hombres inventaron eso? ¡Para que cerremos la boca! ¡Para controlar nuestra vida de mujer!¹²».

Curiositat històrica: *la marca del diable*

L'any 1593, durant un procés per bruixeria, l'home encarregat d'examinar a les dones que estaven sent jutjades, en descobrir el clítoris l'assenyalà temorós creient-lo la prova condemnatòria. Se'ns diu que mai ningú no havia vist res paregut, en aquella zona oculta, tan amagada a la vista; un bony de mitja polzada que les convertia en culpables.

Una última pregunta: *per què s'invisibilitzen, els genitals femenins?*



Placa metàl·lica Pioneer 10

Després de redactar la resposta de les dos preguntes anteriors, vaig ensopegar amb una notícia que recordava el viatge espacial de la *Pioneer 10*, una sonda no tripulada enviada

¹¹ KAYANÍ, Azade, ZEIN, Martha, *Sólo las diosas pasean por el infierno*, a Flor del viento, Barcelona 2002, p.56

¹² KOITA, Khady, *Mutilada*, a Editorial RBA, Barcelona 2005, traducció de Manuel Serrat Crespo, 2007, p.243

per la NASA. La missió era doble: per una banda, estudiar Júpiter; per l'altra, oferir informació a possibles extraterrestres sobre com som els humans. Per això, van dissenyar una placa metàl·lica on es compartia la ubicació de la Terra i una representació dels individus que allí trobarien. L'home, amb els genitals. La dona, sense.

L'interrogant era inevitable: per què s'invisibilitzen, els genitals femenins? Quina relació s'ha mantingut amb el sexe de les dones? Per què s'oculta? La resposta estaria en la perspectiva falocèntrica de les teories. S'han dit moltes coses, dels genitals femenins. Des d'Aristòtil fins a Freud la literatura mèdica els ha definit com *l'absència de penis*, sense nom propi. Explicar-los usant com a punt de partida els genitals masculins suposa privar-los d'autonomia. En alguns moments, fins i tot, el clítoris s'ha presentat com *el penis femení*, posant novament l'home al centre de la definició (amb les errades que això comporta, doncs el clítoris no està perforat, no està connectat amb la uretra). Seguint amb la qüestió dels manuals mèdics, comparteixo algunes afirmacions que donen llum a aquesta pregunta per la invisibilització¹³:

- **Claudius Galenus** (129-199 d.C.):

«de igual modo que la humanidad es la más perfecta de las especies animal, así también el hombre es, dentro de la humanidad, más perfecto que la mujer (...) La mujer es menos completa que el hombre en relación con las partes que asisten a la reproducción»..

- **Albert Magno** (1193-1280 d.C.):

«si en este proceso se origina una niña, esto se debe a que ciertos factores han impedido la fijación del cuerpo, de allí que la mujer no sea en su naturaleza un ser humano sino un nacimiento fallido».

- **Prospero Borgarucci** (1540-1578 d.C.):

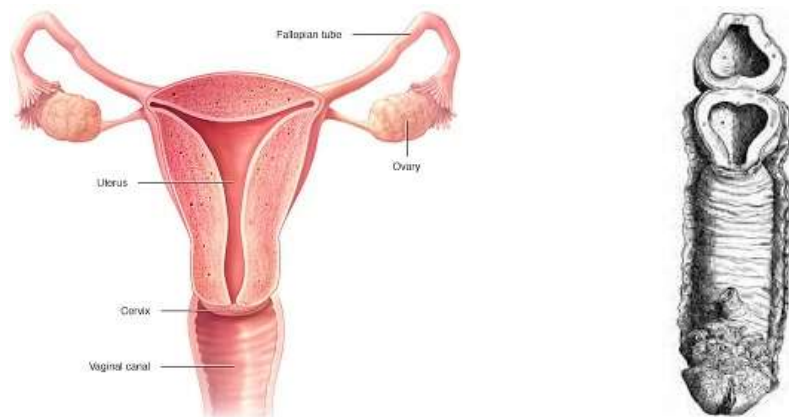
«a sabiendas de la inconstancia y de la soberbia de la mujer, y para contrarrestar así su permanente anhelo de dominio, la naturaleza dejó a la mujer de esta manera para que, cada vez que ésta piense en su presunta carencia, deba volverse por contra mas pacífica, más sumisa y más pudorosa que cualquier otra criatura del mundo».

Totes aquestes afirmacions formarien part de les distintes teories que s'han desenvolupat al voltant dels genitals femenins, totes elles esbiaixades.

¹³ M. SANYAL, *Vulva, la revelación del sexo invisible*, a Anagrama, Barcelona 2018, traducció de Patricio Pron, pp.19-20

Les set diferències

Us proposo un joc: mireu atentament les dos il·lustracions que comparteixo a continuació. Pretenen reproduir el mateix. La de l'esquerra, és una imatge anatòmica actual; la de la dreta, d'un manual del s.XVI, d'Andreas Vesalius.



Un cop vistes les imatges: sabríeu trobar les diferències?

Sé que tots els exemples compartits són llunyans, i no seria estrany que algú menystingués la pregunta acusant-la d'antiga. Si heu llegit amb atenció, haureu advertit que el recorregut històric abastava des d'Aristòtil (s.IV a.C) fins a Sigmund Freud (s.XX d.C). Durant tot aquest temps s'ha anat conversant sobre els genitals femenins, aportant teories que construïen realitats (condicionant la manera de relacionar-s'hi).

Les festes de Demèter

Però no sempre els genitals femenins han sigut vistos de manera negativa. No sempre s'han ocultat. La deessa grega Demèter, després de perdre a la seva filla Persèfone, s'entristí de tal manera que l'absència perjudicà els conreus. La deessa estava deprimida i no hi havia res que la pogués ajudar. És aquí on entra Baubo, una divinitat anatòlia adoptada pels grecs. A



Baubo, deessa del riure

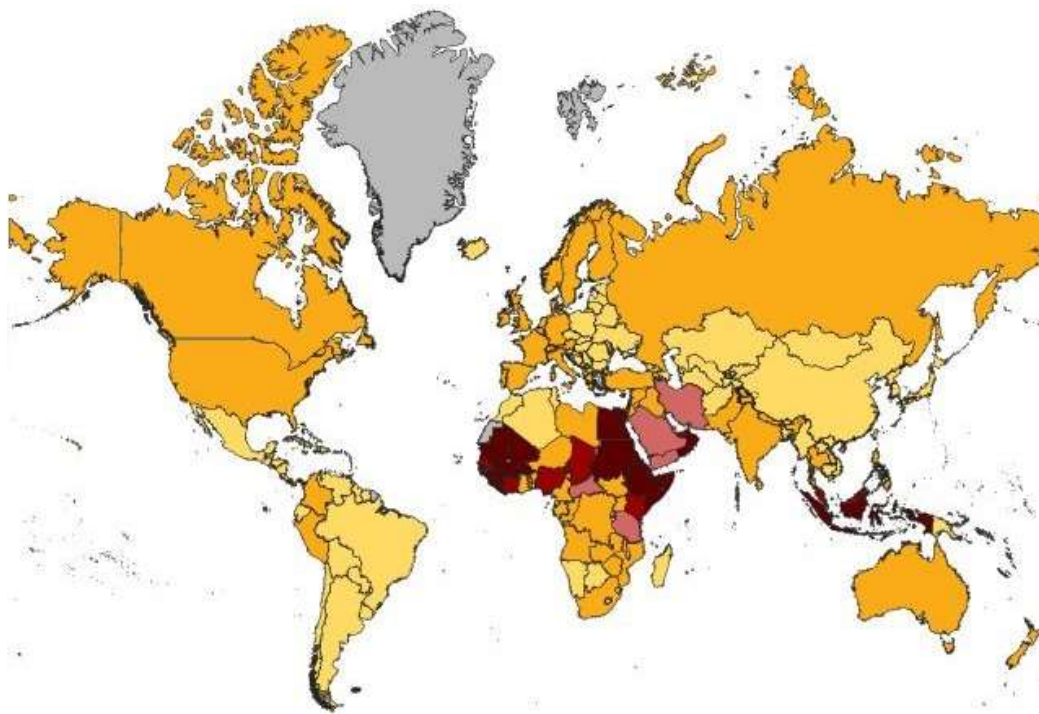
l'himne homèric a Demèter se'ns explica que hauria aconseguit que la deessa de l'agricultura rigués després d'ensenyar-li els genitals, afavorint la seva alegria la collita. Les *tesmofòries* eren celebracions en nom de Demèter. Les dones es reunien, s'ensenyaven la vulva i menjaven una pasta de sèsam i mel que tenia forma de triangle (vegis *Vulva*, de Mithu M.Sanyal, Anagrama 2018)

1.3. CARTOGRAFIA DE LA FERIDA: *la X sense tresor*

La literatura infantil compta amb moltes històries de pirates. D'elles he extret la típica escena del mapa amb una X al centre que oculta un tresor. Tot això, perquè en aquest apartat recorrerem la geografia per marcar degudament els llocs on es practica la MGF. A diferència dels relats, la X fa referència a l'absència del tresor, pensant, no tant en la qüestió física com en la vital (citada al principi del treball).

Els fenòmens migratoris han estès la practica arreu del món. Com sabem, les tradicions són immaterials i viatgen amb les persones. L'equipatge, quan es tracta de costums, no pesa gaire: a la maleta hi caben les cançons, les llegendes, les anècdotes, la història, les receptes culinàries i també la mutilació. Tot i amb això, les persones que les realitzen solen ser, majoritàriament, provinents de països de l'Àfrica. En aquest continent, se sap que la MGF és habitual en certes comunitats que trobaríem en diferents països: Benín, Burkina Faso, Camerun, Txad, Costa d'Ivori, Djibouti, Egipte, Etiòpia, Eritrea, Gàmbia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenya, Libèria, Mali, Mauritània, Níger, Nigèria, República Centreafricana, República Democràtica de Congo, República Unida de Tanzània, Senegal, Sierra Leone, Somàlia, Sudan, Togo, Uganda i Zàmbia.

És cert que alguns grups ètnics de països asiàtics també la practiquen, la MGF: comunitats de l'Índia, Indonèsia, Malàisia, el Pakistan i Sri Lanka. A l'Orient Mitjà. La pràctica es manté, a més, en els Emirats Àrabs Units, Oman i el Iemen, a l'Iraq així com a l'Estat de Palestina. A Europa de l'Est, informes recents mostren aquesta activitat a Geòrgia i a Rússia. Per últim, determinades comunitats d'Amèrica del Sud (a Colòmbia, Panamà, Equador i Perú). I si seguim atentament el rastre, ens adonarem que la practica va ocupant bona part del mapa planetari. A l'estat Espanyol, a Austràlia, a Canadà, als EEUU, al Regne Unit... les notícies amb titulars que esmenten la constatació d'una experiència com aquesta són habituals malgrat les limitacions legislatives. Comparteixo amb el lector un mapa extret del mitjà digital de la BBC. La font data del 2015. No obstant això, la presència de la pràctica es manté.



- Nunca sucede
- Raro, limitado a una minoría étnica o a comunidades de inmigrantes en las que la MGF es común (<11%)
- 11-25% les han cortado sus genitales
- A 26-50% les han cortado sus genitales
- A más de la mitad de las mujeres les han cortado sus genitales
- Sin información

Esta escala incluye formas leves y severas de mutilación.

Fuente: The Woman Stats Projects, escala 2015

BBC

Cal aclarir que no totes les ètnies practiquen la MGF. A tall d'exemple: viure al Senegal no implica que aquella família realitzi aquest ritual purificador. L'indicador no és el país sinó l'ètnia.

Aquest mapa és més concret, mostra les dades dels països on la mutilació genital femenina practicada a dones entre 15 i 49 anys té major prevalença. S'organitzen en quatre colors diferents, segons el percentatge. Els països amb un color clar, blanquinós, marca aquells on la prevalença està entre el 0 i el 20%. Allí trobem, per exemple, Nigèria o Camerun. Seguint en ordre ascendent, el color beix



Font: Europa Press

fixa els països prevalença la qual està entre el 20 i el 40%, com són els casos de Kènia o Chad. A partir d'aquí, el factor de risc augmenta (quelcom que abordarem en el marc pràctic). Destacats en groc, la presència de la pràctica creix considerablement respecte el primer grup, oscil·lant la prevalença entre un 40 i un 60%, on trobem Sierra Leona o Libèria. A aquests, els seguirien Mauritània o Burkina Fasso, amb una prevalença d'entre el 60 i el 80%. I per últim, en roig fosc, els llocs on la MGF està més present, amb Somàlia fregant la totalitat (98%). La seguirien Guinea (95%) i Yubiti (94%).

Cal recordar que no tots els països la desenvolupen ni tampoc tots els grups ètnics. En un mateix lloc, per exemple, Chad, hi haurà evidència de la practica però això no significa que sigui duta a terme per tots els grups de població. Un altre el trobaríem al Senegal (esmentat adés). Allí, la majoria de població pertany a l'ètnia *wòlof*, que no celebra aquest ritual. L'ètnia, doncs, seria un dels indicadors als que hauríem d'atendre si volguéssim conèixer possibles casos de risc (com intentarem fer al marc pràctic). Per tot això, a continuació es classifiquen les ètnies segons si realitzen o no la mutilació. Es destaquen aquelles amb una major presència:

Ètnies practicants de la MGF	Ètnies no practicants de la MGF
Sarahule Djola Mandinga Fulbé Soninké Bambara Dogon Edos Awusa Fante	Wòlof Serer Ndiago

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de *lasexologia.com*

Hi ha alguna diferència entre l'entorn rural i l'urbà? És una de les tantes preguntes que m'he fet al llarg del treball. En un principi, tenint en compte la pressió social, vaig suposar que als pobles, evitar la pràctica, seria més complicat.

La diferència entre ambdós llocs és notòria. Les nenes que neixen en una zona urbana d'un país com Egipte, seran mutilades segurament per professionals sanitaris, en un entorn esterilitzat i amb les eines quirúrgiques pertinents. A les zones rurals, d'això se n'ocupa la comadrona o buankisa, una dona gran que gaudeix del respecte dels seus veïns amb ginys més rudimentaris, com podrien ser una fulla d'afaitar, un cúter, un bocí de vidre

o unes estisores, tot sense desinfectar, havent sigut usades amb una altra noia, en les condicions pròpies d'una habitació qualsevol, prescindint dels recursos mèdics amb els que sufocar el dolor, quelcom que augmenta el risc d'infecció o d'hemorràgia. Però viure en un entorn urbà no sempre és una garantia. Suposem una família fincada a Lleida provinent de Guinea que vol practicar la mutilació a la seva filla. A l'estat Espanyol la mutilació està prohibida. Només tenen dos opcions: o bé viatgen al lloc d'origen o la realitzen clandestinament, en un entorn privat. La dinàmica serà la mateixa que en els entorns rurals.

Tant en l'un com en l'altre (rural i urbà), els rituals d'iniciació són complexos i disposen de tres fases pautades culturalment per elements, personatges i continguts concrets. Aquestes fases, seguint allò dit per Arnold Van Gennep són: separació, quan el nen o la nena s'aparten de la comunitat per fer la circumcisió o la mutilació; marginació, període de cicatrització de la ferida; i agregació, on se celebra una gran festa de "graduació". La segona fase, la de marginació, és el període considerat amb més normes, atencions i riscos. És un temps ple de tabús, prescripcions i prohibicions especials que ensenyaran als nens i a les nenes a formar part del món adult.

Durant la part més agressiva del ritual, els homes desapareixen, no en són testimoni. Com hem dit anteriorment, la mutilació correspon a les dones, de manera que només els individus amb un *penis en potència* en són testimoni. Quan arriba el moment, a les nenes se les separarà. Les acompanyen a la llar de les membres més grans de la família. Allí està tot a punt: la sala, les eines i la comadrona. Khady Koita comparteix amb els lectors aquest moment:

«Dos mujeres me agarraron y me arrastraron hasta la estancia. Una detrás de mí, me sujeta la cabeza y sus rodillas aplastan mis hombros con todo su peso para que yo no me mueva; la otra me tiene en el regazo, con las piernas abiertas. La inmovilización depende de la edad de la niña y, sobre todo, de su precocidad. Si se mueve mucho, porque es grande y fuerte, serán necesarias más mujeres para dominarla. Si la niña es pequeña y flacucha, menos. La dama encargada de la operación dispone de una cuchilla de afeitar por niña, que las madres han comprado para la ocasión. Tira con sus dedos, lo más posible, del minúsculo pedazo de carne y corta como si se tratara de un pedazo de carne de cebú. Por desgracia, les es imposible hacerlo de una sola vez. Se ve obligada a serrar (...) El dolor es completo, de la cabeza a los pies pasando por el vientre. Iba a desvanecerme cuando una de las mujeres me roció con agua fría para lavar la sangre que me había salpicado el rostro, y me impidió perder el conocimiento (...) Durante más de cinco minutos, la mujer corta, cierra, tira y vuelve a empezar para estar segura de que lo ha quitado todo¹⁴».

¹⁴KOITA, Khady, *Mutilada*, a Editorial RBA, Barcelona 2005, traducció de Manuel Serrat Crespo, 2007,

En algunes tribus (la Cognagui, a Guinea) a més, a les noies no els hi es permès plorar durant la intervenció i se les fa ballar després de l'ablació.

Des que són separades fins el moment de la mutilació passen per la solitud, la incertesa, esperant el tall per a després ser aïllades. La segona fase, la marginació, té una durada que depèn del temps de cicatrització. Pot durar entre dos i vuit setmanes, segons el tipus d'intervenció. És un període d'alt risc, envoltat de tabús, i normes estrictes, prescripcions i prohibicions especials referides a les cures, la higiene, els aliments, la roba i el moviment en general. És en aquesta fase on es porta a terme l'aprenentatge per part de les iniciades, on els hi són transmesos els ensenyaments que aglutinen la riquesa cultural i social del seu poble. A la tercera fase, d'agregació, se celebra una gran festa de "graduació" on es presenta públicament a les iniciades com a nous membres, amb els seus nous rols i categories socials. I d'aquesta manera, també se les reconeix públicament, legitimades i acceptades per la comunitat com a noves integrants de la societat secreta de les dones. En aquest tipus de ritual, l'escissió dels òrgans sol tenir un paper molt important. En primer lloc, simbolitza la separació de la infància, quelcom comparable amb l'extracció del cordó umbilical. A més, l'experiència del dolor els permet demostrar valentia i maduresa tot endurant a les iniciades i preparar-les per afrontar les dificultats de la vida.

Segons estimacions de la UNFPA, aproximadament una de cada cinc nenes ha sigut mutilada per un *proveïdor* d'atenció mèdica qualificat. En alguns països la xifra es pot elevar fins a tres de cada quatre nenes. Segons estimacions extretes d'enquestes demogràfiques i de salut, els països amb una majoria de casos practicats per personal sanitari són Egipte (38%), el Sudan (67%), Kenya (15%), Nigèria (13%) i Guinea (15%).

Però hi ha una figura molt icònica d'aquest ritual. Ja l'hem esmentat al llarg del treball: la buankisa. Sol ser una dona d'edat avançada amb un històric de mutilacions considerable. No té cap tipus de formació acadèmica. No ha estudiat medicina, no és cirurgiana, no està qualificada. No obstant això, s'encarrega de circumcidar a les nenes. És la pròpia experiència qui li facilita aquesta preuada reputació. Per a les nenes de la comunitat, el nom "buankisa" s'associa a una experiència traumàtica.

Alguns es refereixen a aquesta figura amb el nom de *Ngnangsimbah*. És una paraula que significa *mare – pare dels iniciats*. És una guia espiritual. Realitza l'operació i esdevé la responsable de l'ordenament, desenvolupament i compliment del ritual. Se li solen atribuir poders sobrenaturals; el *kufanungte*, capaç de captar els mals esperits.

1.4. HI HAVIA UNA VEGADA...: *quelcom així com un relat inicial*

Les dades obtingudes fins al moment situen els primers indicis d'aquesta pràctica a Egipte. És antiga, més que qualsevol religió monoteista, doncs és anterior a la seva expansió pel continent africà. Ja aleshores el botó del plaer era considerat prescindible.

Mentre que la paraula infibulació té el seu origen a l'antiga Roma, on les esclaves portaven fíbules (fermalls) subjectes als llavis vaginals per evitar quedar-se embarassades, la teoria més difosa sobre la mutilació genital femenina se situa a l'Egipte faraònic. Aquesta teoria podria estar avalada pel terme contemporani "circumcisió faraònica", doncs alguns historiadors han establert que a l'antic Egipte es practicava per a diferenciar les dones que provenien de la classe social alta, entre els anys 5.000 i 6.000 a. C, durant l'època dels faraons. Fins i tot alguns experts han pogut trobar òrgans sexuals mutilats en cossos de dones momificades.

Un papir grec datat l'any 163 a.C esmenta l'operació que se'ls realitzava a les nenes a Menfis, Egipte, a l'edat en què rebien la seva dot, el que empararia la idea que la mutilació genital femenina es va originar com una forma d'iniciació per a les dones joves. Altres escriptors van explicar més tard que el procediment es duia a terme per motius menys rituals. Segons el físic grec Etios del segle VI d.C, la mutilació era necessària per la presència de clítoris excessivament grans. Vist com una deformitat i un motiu de vergonya, el clítoris generava irritació pel frec continu contra les robes, estimulants l'apetit sexual. Davant d'aquesta situació, els egipcis consideraven adequat extirpar abans que es tornés massa gran, "especialment quan les nenes estaven a punt de contraure matrimoni", va escriure Aeci d'Amida en la seva obra *Ginecologia i Obstetrícia* de segle VI d.C.

Un altre testimoni seria Herodot, qui escriuria que al segle V a.C, fenicis, hitias i etiops practicaven l'excisió.

1.5. DESMUNTANT TÒPICS: *a la superació de prejudicis.*

Dos tòpics circumden la pràctica: el de la prescripció corànica i l'exclusivitat musulmana. Al llarg del treball he anat oferint algunes píncoles teòriques que han començat a desmuntar aquests dos prejudicis. No és cert que l'Alcorà obligui a mutilar com tampoc ho és que el ritual sigui patrimoni cultural dels musulmans. En l'apartat anterior, tot esmentant els possibles orígens de la MGF, ja hem superat de manera indirecta (sense pretendre-ho), tots dos postulats. Tot i això, la rellevància de l'assumpte demanava un espai específic en el treball per a abordar-ho amb una mica més de deteniment.

L'augment de la població musulmana a Europa ha coincidit amb un increment de

casos de mutilació genital en nenes, que alguns consideren justificats o fomentats per l'Islam. Algunes ONG denuncien que mig milió de dones i nenes han patit l'ablació del clítoris a Europa a mans de remeieres, de manera clandestina, o en centres sanitaris. Les estadístiques difoses per organismes de l'ONU recorden que la pràctica de l'ablació afecta, al menys, 120 milions de dones al món. Cada any, tres milions de nenes pateixen la mutilació (en el que s'entén com un ritual d'iniciació a la vida adulta, una pràctica que tendeix a afectar nenes cada vegada més petites per evitar la seva oposició).

Els 29 països on el problema s'aguditza es concentren a l'Àfrica negra, Orient Pròxim i Àsia, en societats molt tradicionals. Els experts subratllen un denominador comú: la persistència del vell sistema de dominació patriarcal. Recordant allò expressat en l'apartat 1.2, l'ablació de clítoris busca reduir o eliminar la possibilitat que les dones sentin plaer sexual, per assegurar que les joves arribin verges al matrimoni i evitin una suposada promiscuïtat. Molts pares es refugien en les normes religioses mahometanes per justificar-la, però en l'Alcorà no hi ha cap referència. Els pocs teòlegs musulmans que defensen avui aquesta pràctica es refereixen a una llarga tradició, i a un «hadiz» de Mahoma, que no existeix en cap de les edicions coràniques. En aquest text, que té més d'una versió, el profeta hauria aconsellat a una dona de Medina dedicada a la pràctica de la circumcisió femenina que: *«Quan circumcidis a una dona no tallis massa del seu membre, perquè tingui la cara més lluminosa i sigui més amistosa amb el seu marit»*.

Les dades obtingudes permeten ubicar la pràctica en un moment històric anterior a l'expansió de les religions monoteistes. No és descabellat situar-la a l'antic Egipte (com hem dit abans) i menys encara quan en algunes mòmies s'han trobat evidències que provarien l'existència d'aquesta pràctica. De fet, la «infibulació», el tipus de mutilació més agressiva, s'anomena també «circumcisió faraònica». És probable que les societats primitives que van rebre l'Alcorà tractessin de seguida de buscar en la nova religió arguments o dites per justificar tradicions culturals anteriors. La manca d'una autoritat doctrinal única i continuada en l'Islam ha contribuït també a difondre el mite. Però no només cultures politeistes com l'egípcia deixaria rastre. També els cristians coptes, assentats majoritàriament a Egipte, realitzen la clitoridectomia o la infibulació.

Els missioners catòlics quan van arribar a l'Àfrica van fomentar implícitament l'ablació, ja que no la van denunciar de manera contundent. Per a ells aquesta pràctica era una manera de mantenir la puresa sexual de la dona, és a dir, mitjançant aquests dos tipus de mutilació prohibien a la dona mantenir relacions sexuals abans del matrimoni i/o extramatrimonials, ja que és té valor important per a l'Església.

No convé associar la intervenció dels genitals femenins amb Orient. Ens estaríem equivocant. I les raons serien les mateixes que si ho reduïssim a una practica realitzada per motius religiosos. No és cert. Malauradament, a la història trobem distintes petjades d'aquesta experiència nefasta.



L'origen del món, de Gustave Courbet

Esmentaré dos noms: Isaac Baker Brown (1811-1873) i John Harvey Kellog (1852 – 1943). El segon segurament ens sonarà, ni que sigui per la popular marca de cereals. Del primer potser no en sabem tant. Tot i amb això, a tots dos els uneix una mateixa cosa: l'estranya fixació pels genitals femenins. Eren metges, i establien una relació entre determinades malalties i el desig sexual. La masturbació femenina era perniciosa. Causava malestar, cefalea, càncer d'úter, histèria, epilèpsia, trastorns mentals, etc. Calia evitar que les dones s'estimulessin, insensibilitzar (per raons mèdiques, clar!) el botó del plaer. Cadascun d'ells prescriurà un remei diferent: per alleugerir l'excitació, Kellog suggerirà aplicar àcid fenòlic al clítoris; Baker Brown, al seu torn, serà partidari de l'extirpació: l'ablació radical. La última vegada que es mutilà als Estats Units per evitar la masturbació va ser l'any 1948, a una nena de quatre anys.

1.6. LES MARQUES: tipus i conseqüències de la pràctica.

No són poques, les conseqüències. I no n'hi ha prou amb que la ferida cicatritzi. S'usa el genèric MGF per referir-se a la pràctica. Les sigles, però, amaguen una tipologia de tècniques que, sent totes elles lesives, convé explicar detingudament. Les llisto a continuació: clitoridectomia (tipus I), la excisió (tipus II), la infibulació (tipus III). Per a desenvolupar de manera adequada aquest espai, usaré un estil més enciclopèdic:

- **Clitoridectomia:** consisteix en la resecció parcial o total de la part externa i visible del clítoris, que és la part sensible dels genitals femenins, i/o del prepuci, el plec de pell que envolta el gland del clítoris. Quan és important distingir entre les principals variacions de la mutilació de **tipus I**, es proposen les següents subdivisions:



Nena mutilada

- **tipus Ia:** resecció del caputxó o prepuci del clítoris només.

- **tipus Ib:** resecció del clítoris amb el prepuci.

- **Excisió:** més agressiva que l'anterior, es realitza la resecció parcial o total del clítoris i els llavis menors, amb o sense escissió dels llavis majors. Per acabar, cusen la part tallada (quelcom que no es realitza sempre). Es proposen les següents subdivisions:

- **tipus IIa,** resecció dels llavis menors només.

- **tipus IIb,** resecció parcial o total del clítoris i dels llavis menors.

- **tipus IIc,** resecció total o parcial del clítoris, els llavis menors i els llavis majors.

«Quedé hecha polvo al saber la magnitud de los daños. Cada etnia tiene sus costumbres. Está, si puede decirse así, la escisión simple: la supresión del capuchón clitorico. A veces es sólo simbólico, un corte para que brote la sangre... En otras etnias se suprime por completo. Pero lo que se llama escisión faraónica, la infibulación, porque era practicada en Egipto des de la Antigüedad, es la peor de todas ellas¹⁵».

- **Infibulació:** consisteix en la extirpació total, tant del clítoris com dels llavis menors i majors, per a després suturar els costats de la vagina deixant un orifici diminut, per on ha de passar l'orina i la sang menstrual. És la pràctica més lesiva, inhumana, corresponent al 20% dels casos registrats. Aquí cal afegir un segon, que derivaria del primer: desinfibulació. Designa la tècnica amb què s'obre la part segellada d'una zona prèviament sotmesa a la infibulació, ja que sol és necessari per millorar el seu estat de salut i benestar i per fer possible tant el coit com el part. Es proposen els següents subtipus:

- **Tipus IIIa,** resecció i recol·locació dels llavis menors.

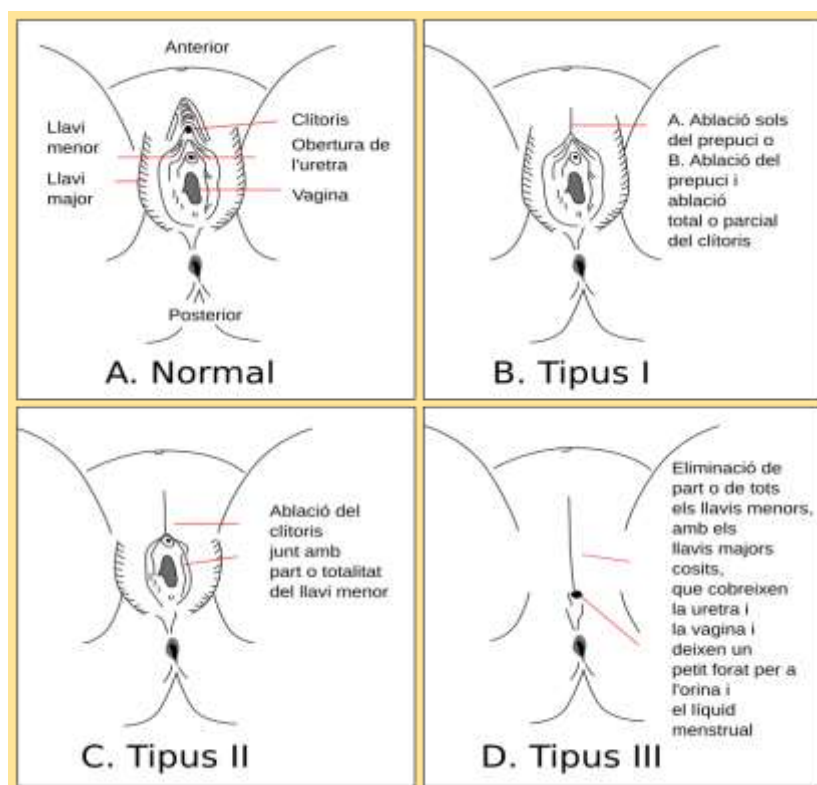
- **Tipus IIIb,** resecció i recol·locació dels llavis majors.

«Este horror consiste en cortarlo todo: no queda nada del sexo de la niña. Ni clítoris, ni labios menores, ni labios mayores. Y la pobre niña es “cosida” por completo. Se le cierra el sexo contra cualquier intrusión que no sea la del futuro esposo que la desflorará cuando

¹⁵ KOITA, Khady, *Mutilada*, a Editorial RBA, Barcelona 2005, traducció de Manuel Serrat Crespo, 2007, p.228

se case. Dejan sólo un minúsculo orificio para sus necesidades naturales. Pues el hombre, si puede llamársele hombre todavía en este caso, debe desflorar a su joven esposa así “cosida” sólo con la fuerza de su virilidad. Si no lo consigue, su potencia sexual se pone en duda. Me han dicho que a veces se utilizaba un cuchillo para que, en este terreno, no se le pusiera en evidencia. Cuando está encinta, a la hora de parir, hay que “descoser” a la muchacha, para “volver a coserla” luego. Y “descoserla” de nuevo en cada parto. Y así sucesivamente(...) Es un horror total. Sufrimientos durante toda la vida para las jóvenes madres que, muy a menudo, mueren víctimas de hemorragias, de infecciones de toda clase y de incalificables sufrimientos¹⁶».

El quart tipus correspon a un grup de diverses pràctiques que no es poden classificar a causa de la diversitat dels seus actes. Algunes d'aquestes pràctiques són: la **punció**, la **perforació** del clítoris i dels llavis tant majors com menors, l'**estirament** del clítoris i dels llavis menors i majors, la **cauterització** del clítoris i del teixit que el cobreix, el **raspat** del teixit vaginal, o fins i tot, el **tall** de la vagina. També s'utilitzen herbes corrosives, que s'introdueixen a la vagina per provocar un sagnat o per a que s'estrenyi el conducte vaginal.



Font: Isabel Oller, *la prevenció de la Mutilació Genital Femenina a través del treball comunitari*.

¹⁶ KOITA, Khady, *Mutilada*, a Editorial RBA, Barcelona 2005, traducció de Manuel Serrat Crespo, 2007, p.227

1.6.1. CONSEQÜÈNCIES

Ningú no imagina que una acció tan agressiva com aquesta no comporti cap conseqüència. No són poques, i aprofito el moment per destacar la seva duresa. La MGF és una expressió extrema de violència de gènere i la única aportació real (al marge de les consideracions culturals) és el dolor. No parlem només de conseqüències físiques, també n'hi ha de psicològiques (que estan relacionades), a més de repercutir negativament en la sexualitat de les dones.

Si la mutilació s'ha efectuat recentment, parlarem de conseqüències immediates. Aquestes són: el dolor intens, la hemorràgia, la inflamació dels teixits genitals, febre, infeccions com el tètanus, problemes urinaris, lesions dels teixits genitals. Com que de vegades els estris no han sigut esterilitzats ni l'espai compta amb els mínims d'una bona atenció sanitària, l'hemorràgia i la infecció poden provocar la mort. No oblidem l'impacte psicològic: ansietat, depressió, terror, sentiments d'humiliació, trastorns sexuals o estat de xoc.

Però no s'acaben aquí, les conseqüències. Si les anteriors són les immediates, a continuació llisto les de *a llarg termini*: les complicacions en el part (que afecten a la mare i al nadó) fistules, queloides, dismenorrea, hepatitis, etc. A més d'alteracions ginecològiques i urinàries.

Per acabar, esmento els problemes que afecten la sexualitat: vaginisme, dolor en el coit, absència d'excitació, lubricació i orgasme, fòbia al coit, baixa autoestima o poc amor propi, etc. Usant un mateix estri, a més, s'exposa les nenes a contraure VIH. Això ocorre sobretot en aquelles comunitats on un gran grup de nenes se sotmeten a la mutilació el mateix dia com part del ritual.

Les estimacions de l'OMS (2017) indiquen que aproximadament el 90% dels casos de MGF inclouen els tipus I o II. Un del 10% dels casos són de tipus III. Cal recalcar que a vegades és difícil classificar un procediment que fan les dones d'edat avançada amb fulles d'afaitar o amb ganivets amb problemes de visió, propis de la seva edat. Degut a la múltiples conseqüències, les classificaré en: conseqüències físiques, sobre el part, psicològiques i sobre la sexualitat.

1.6.1.1 CONSEQÜÈNCIES FÍSiques

La ramificació dels possibles efectes físics es deu a la variació de tipus de MGF, l'entorn on es troba la nena/dona (rural o urbà) i l'estri, entre altres. A més, hem de tenir en compte

que cada cos és diferent i que això farà que les conseqüències puguin variar. La radicalitat de la pràctica provoca dolor extrem, commoció, hemorràgies i danys en els òrgans que envolten el clítoris i els llavis. Més endavant poden produir-se retencions d'orina (o de menstruació), provocant infeccions greus. Els efectes a llarg termini serien: anèmies cròniques, fístules genitourinàries, incontinença i/o infecció urinària, complicacions obstètriques o esterilitat.

En el cas concret de la infibulació (el tipus més greus), els efectes a llarg termini tenen un major impacte: infeccions cròniques del tracte urinari, pedres a la bufeta i a la uretra, trastorns renals, teixit cicatricial excessiu i queloides, afegint també alguns efectes ja mencionats anteriorment.

A l'hora de mantenir relacions sexuals per primera vegada haurà de ser sotmesa a una dilatació gradual de l'obertura que ha quedat després de la mutilació o, fins i tot, caldrà realitzar una incisió prèvia a l'acte, normalment per la mateixa dona que l'ha mutilat. En alguns casos, les recent casades poden sofrir greus ferides, acompanyades de molt dolor, per culpa de la penetració. Les constants incisions i sutures dels genitals d'una dona amb cada naixement i en cada relació sexual, poden provocar la formació d'un fort teixit cicatricial a la zona dels genitals.

1.6.1.2 CONSEQÜÈNCIES SOBRE EL PART

Un estudi d'UNFPA demostra que les dones mutilades, en comparació amb les que no ho havien estat, s'enfrontaven a un risc notablement major de requerir una cesària, una episiotomia i una estada perllongada a l'hospital, així com de sofrir hemorràgia postpart.

Solen ser freqüents els parts prolongats en dones infibulades. L'obstrucció comporta que, sovint, el fetus mori (a més de les fístules obstètriques).

Estimacions molt recents de l'OMS, UNICEF, l'UNFPA, el Banc Mundial i la Divisió de Població de les Nacions Unides revelen que la majoria dels països amb una alta prevalença de la MGF també registren taxes de mortalitat materna altes.

1.6.1.3 CONSEQÜÈNCIES PSICOLÒGIQUES

El dolor, el xoc i l'ús de la força per part de les persones que efectuen la pràctica solen ser les raons que moltes dones esmenten a l'hora de descriure la mutilació genital femenina com un esdeveniment traumàtic.

Tot i amb això, els efectes psicològics no són com els efectes físics, no es poden

demostrar de manera científica. Tanmateix, segons l'OMS, alguns estudis han demostrat que la MGF augmenta gradualment la probabilitat de tenir por a mantenir relacions sexuals i de sofrir trastorns d'estrès posttraumàtic, ansietat, depressió i pèrdua de memòria. L'existència d'un significat sociocultural de la pràctica no protegeix de les conseqüències sinó que les perpetua.

Com que la commoció i el trauma causats per la pràctica domestiquen, és a dir, inhibeixen a la dona, contribuint això a la creació social d'un perfil psicològic dòcil i tranquil, la mutilació genital femenina s'aprova en el sí de la comunitat.

Cal dir, però, que aquests efectes no són universals, no els viuen totes les nenes/dones. Hi ha qui veu l'ablació amb ulls de ritual, és a dir, com l'oportunitat de formar-me part (fer-se gran), i aquest desig fa que esperin l'esdeveniment. Aquesta manera de pensar, des del meu punt de vista, està condicionada per la necessitat, per la convicció comunitària (d'una societat masclista, sexista i misògina). Aprofito per compartir amb el lector les paraules de M. Zhein i A. Kyaní sobre aquesta qüestió: «el sentit de pertinença a una comunitat, a vegades, té tant pes sobre la dona que no veu l'ablació com un sacrifici de la seva salut i del seu plaer sexual per a tota la vida i aposten per mesura més extrema: la infibulació»¹⁷. Reprenent el punt referent als efectes psicològics, l'experiència del dolor desencadena (*de vegades*, s'entén) una carència afectiva que la farà desconfiar de les persones del seu entorn, per por a que puguin fer-li mal novament; poca confiança en si mateixa, cert recel adreçar a les persones que l'han mutilat i a tots aquells que han sigut còmplices del procés.



Porta tapiada

I si no fos mutilada? La nena es troba en un carrer sense sortida. La negativa de la família a perpetuar aquesta pràctica pot ofendre la comunitat i això suposaria el repudi.

1.6.1.4 CONSEQÜÈNCIES SOBRE LA SEXUALITAT

Desenvolupar aquest apartat és molt senzill, tothom el podrà entendre: només cal que us imagineu a vosaltres mastegant un entrepà després d'haver-vos arrencat els queixals del seny. L'empresa és impossible. El mínim intent d'obrir la boca ja causa dolor. Imagineu-vos amb la geniva cosida, recentment. Claveu un escuradents, com faríeu després de dinar,

¹⁷ KAYANÍ, Azade, ZEIN, Martha, *Sólo las diosas pasean por el infierno*, a Flor del viento, Barcelona 2002, p.62

per exemple. Però en comptes de fregar el mig de les dents, punxeu la carn viva.

No és comparable, el dolor, en soc conscient. Tanmateix, em serveix per ubicar al lector en un possible ventall de dolor. Que agafi aquest com a referència. El dany que se sent després de la infibulació és molt major, i converteix una experiència que hauria de ser plaent en una tragèdia. Un cop mutilada, la satisfacció queda reservada en exclusiva per a l'home. I per si això no fos suficient, en reduir del diàmetre de l'orifici, el plaer de qui penetra pot augmentar. En el quadre següent, es vol fer un resum de totes les possibles conseqüències que té la pràctica de la MGF per a la salut de les nenes i dones que se'ls hi ha practicat i que s'han anomenat:

Àmbits	Conseqüències immediates	Conseqüències a mig i a llarg termini
Físic	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor molt intens ➤ Infeccions locals ➤ Hemorràgies ➤ Transmissió d'infeccions: tètanus, VIH, hepatitis ➤ Retenció urinària ➤ Possible mort. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anèmies cròniques ➤ Fístules genitourinàries ➤ Retenció de líquids ➤ Retenció del contingut menstrual a la vagina. ➤ Infeccions urinàries ➤ Dolors menstruals ➤ Esterilitat ➤ Infeccions genitals ➤ Complicacions obstètriques
Psicològic	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Por ➤ Terror ➤ Angoixa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Depressió ➤ Por a les primeres relacions sexuals o al part ➤ Confusió i sentiments de contradicció. ➤ Incertesa i temor, en l'adolescència.
Sexual		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminució de la sensibilitat sexual. ➤ Dolor en les relacions sexuals. ➤ Davallada de l'impuls sexual ➤ Anorgàsmia ➤ Por i rebuig.

Font: Isabel Oller, *La prevenció de la Mutilació Genital Femenina a través del treball comunitari*.

1.7. UN ANTÍDOT: *la transmissió de coneixement.*

Un cop a classe vaig escoltar que hi ha tribus que practiquen el canibalisme com un ritual funerari. En comptes d'enterrar-lo (com se sol fer a Occident), es mengen parts, les que poden tenir alguna significació. Per exemple: si es tractava d'una persona valenta, es mengen el cor; si era intel·ligent, el cervell; si era fèrtil, els genitals, associant la qualitat a l'òrgan. És una manera de donar una segona oportunitat al cos mort. No el desplacen, no l'oculten, sinó que l'aprofiten. Nosaltres hem descentralitzat la mort. Els cementiris solen trobar-se a les afores dels municipis, en un espai aïllat. Els rituals funeraris d'occident solen contemplar la inhumació o la incineració. Per a nosaltres, la idea de menjar-nos a un familiar és desagradable, la desaprovem. Per als membres d'aquestes tribus, en canvi, allò espantós seria el que fem nosaltres. Són dos mirades diferents respecte una mateixa realitat: la mort.

En escoltar això vaig pensar directament en el meu treball, en la qüestió referent al relativisme moral. La mutilació és una practica nociva, punible, un atemptat contra les dones. Tot i amb això, hi ha cultures que la justifiquen. Significa que és acceptable? Pot el relativisme moral emparar qualsevol pràctica? Nosaltres considerem execrable l'acte de menjar-se les despulles d'un familiar. Tanmateix, l'acceptació de la comunitat que la practica la legitima. Amb la mutilació ocorre el mateix? És a dir, que es realitzi de manera consentida per la comunitat (no per les nenes que seran mutilades) significa que, qualsevol crítica feta des de fora podria ser qüestionada per etnocèntrica?

Que estigui justificada no implica que hagi de ser acceptada. El relativisme moral també té les seves limitacions: el dany físic i psicològic. El problema, però, apareix quan la practica se celebra tradicionalment sense haver reflexionat. Què passa amb les conseqüències? No es perceben de manera negativa. Allò perjudicial per a les nenes, defensien, seria el contrari, no mutilar-les, per totes les raons que hem citat al llarg del treball.

La MGF és un greu atemptat contra els drets humans, un exercici de violència contra les dones que afecta directament la seva integritat com a persones. La mutilació dels òrgans genitals s'ha de considerar un tracte «inhumà i degradant», de tortura. Sabent això, i tenint constància del gran nombre de casos, hi ha un marc legislatiu que procuri l'abolició de MGF? S'estan elaborant lleis per a erradicar aquesta pràctica?

Hi són, sí! Considerat un acte constitutiu de delictes, molts països han inclòs la pena per mutilació en el seu marc legal. És un dels punts de *l'Agenda 2030*, full de ruta

de les Nacions Unides amb els objectius que han d'assolir-se si es vol un planeta habitable. El 5.3 diu *eliminar totes les pràctiques nocives, com el matrimoni infantil, precoç i forçat, així com la mutilació genital femenina*. El compromís dels Estats que l'integren hauria de ser ferm. No obstant això, si mirem el llistat de països que participen d'aquesta organització, ens toquem amb topònims com Somàlia, el país on la prevalença és de gairebé un 100%. Només amb aquesta dada ja podria contestar la pregunta que enceta el treball: s'haurà erradicat la pràctica abans del 2030? No! Mentre hi hagi països que la poden desenvolupar lliurement serà impossible. Però n'hi ha prou amb legislar per a erradicar-la? En absolut! Com a exemple tenim el cas d'Egipte (esmentat al principi del treball). Malgrat ser un delictes penal des del 2008, moltes nenes són mutilades per professionals mèdics en clíniques privades. Les penes són cada vegada més dures, tant a la família com a la persona que la pràctica (fins a 15 anys de presó). Tot i amb això, la tradició continua força present.

Tant la normativa espanyola com la catalana regulen la prohibició de la mutilació. El codi espanyol, en l'article 149 la menciona explícitament:

«el que causi a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions, serà castigat amb la pena de presó de sis a dotze anys. Si la víctima fos menor o incapaç, serà aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de quatre a deu anys, si el jutge ho estima adequat a l'interès del menor incapaç»¹⁸.

És l'Estat espanyol un espai protegit? Poden, les residents, viure amb la tranquil·litat de saber que no seran mutilada? Em temo que no. Atenent al que publica la Fundació Wassu al seu portal web, *més de 3600 nenes estan en risc de sofrir la MGF a Espanya*.

Això posa de manifest que la llei no és suficient. De ser així, la criminalitat s'hauria esborrat del planeta. Cal conscienciació, és a dir, educació. Aquí és on està el motor del canvi: en el treball comunitari. Es tracta d'informar i sensibilitzar a les comunitats sobre la nocivitat de la mutilació, feina la qual fa temps que desenvolupa la Fundació Wassu a Gàmbia. Així ens ho diu Beatriz Escaño en la resposta a les preguntes que li vam plantejar sobre les garanties de les lleis:

«El desenvolupament legislatiu és un primer pas en la lluita contra la MGF, però no hem d'oblidar que les estratègies plantejades per al seu abandonament comporten fonamentalment una transformació social,

¹⁸ art.149, CP: <https://www.conceptosjuridicos.com/codigo-penal-articulo-149/>

religiosa i cultural més ampla, que necessàriament ha d'anar a les pròpies arrels culturals i les relacions de gènere»¹⁹

Dada històrica

Els primers casos detectats de MGF a Espanya, van ser a Catalunya, l'any 1993 gràcies a les denúncies realitzades pels professionals de la salut. Tanmateix, en aquells moments les sentències van resultar absolutòries, doncs els pares de les nenes van al·legar la no intencionalitat de lesionar.

Al continent africà és on hi ha la major concentració de població practicant. Tot i la duresa de les xifres, comencen a sorgir actituds que afavoririen la seva desaparició. Em refereixo al president de Kenya, Uhuru Kenyatta, qui va expressar obertament el 2019 la seva voluntat d'acabar amb la MGF. A més, sabem pel treball de fundacions com *KIRIA* que, en comunitats rurals, la conscienciació ha aconseguit que els líders poblacionals prescindixin d'aquesta practica en els seus rituals d'iniciació a l'adultesa.

El treball és lent, ens diuen des de la fundació Wassu, quelcom que ja ens imaginàvem. La falta de recursos (diners per a invertir en activitats, material i recursos humans) dificulten l'empresa. Si diem que la llei no és suficient és perquè a la superació d'una tradició s'hi ha d'arribar, s'ha de reconèixer allò perjudicial i canviar-ho. És a dir, s'ha de formar a les persones de manera que pugin decidir deixar de practicar-ho. En això consisteix el treball de conscienciació de la fundació:

«A Wassu tenim la certesa que els veritables canvis no es poden imposar, han de sorgir com decisions de les pròpies persones afectades per a que siguin sostenibles. Seguint la nostra metodologia, el coneixement obtingut en el terreny es transfereix en cascada a institucions i actors clau, empoderant-los per a que siguin ells/es els qui el transfereixin a les comunitats. És per això que posem tant èmfasi en la transferència del coneixement, per a que prenguin decisions informades. La MGF no és només un problema local, sinó que s'ha convertit en un problema global, ja que forma part del transfons cultural de les famílies migrants en la diàspora. Aleshores, la idea és transferir el coneixement a les comunitats i aprofitar les sinèrgies que es generen entre origen i destí dels moviments migratoris»²⁰.

Malgrat les dificultats, hi ha raons per continuar treballant, expressa B. Escaño, moviments que permeten avenços, com per exemple:

¹⁹ ANNEX 1, Entrevista Fundació Wassu, p.63

²⁰ Ibídem, p.64

1998	Disseny per part d'un grup interdisciplinari de professionals (assessorats per la Dra. Adriana Kaplan de la primera versió del Compromís Preventiu, eina pensada per donar suport als pares i mares que no volen realitzar la MGF a les seves filles quan viatgin al país d'origen. Un cop provada la seva efectivitat, es va afegir al Protocol elaborat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.
2001	La Dra. Kaplan publica el Mapa de la MGF a Espanya, el primer treball sociodemogràfic del món, on es mostra la població dels països on es practica la MGF i la distribució en el territori espanyol, document que s'actualitza cada quatre anys (2001, 2005, 2009, 2013, 2017), molt útil per al disseny de polítiques públiques, coordinació d'intervencions preventives, assistencials, etc.
2006	El GIPE/PTP dissenya el primer manual sobre la MGF dirigit a professionals de Catalunya, publicat per l'Institut Català de la Salut. L'any 2017 es publica una edició actualitzada del Manual per a professionals a Espanya.
2015	L'equip de F.W. realitza l'estudi "La Mutilació Genital Femenina a Espanya" per la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, realitzant un nou estudi l'any 2019, publicat recentment.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades extretes de l'entrevista (ANNEX 1).

Així, les mesures cautelars de qualsevol Estat haurien de començar per la informació, la sensibilització i l'educació adreçades als progenitors. Sabem, però, que o bé es practica clandestinament o bé durant el viatge al lloc d'origen de la família. En aquest segon cas, quina capacitat d'actuació té l'Estat espanyol davant indicis d'una possible mutilació? Es contempla la possibilitat de prohibir als familiars i/o a la menor la sortida del país. Amb això es vol impedir el viatge que suposaria la realització de la practica.

Des de 1997 s'han fet grans esforços per lluitar contra la MGF: a través de la investigació, de la feina amb les comunitats i del canvi de les polítiques públiques. N'esmentem alguns a la taula següent:

➤ Una participació internacional més àmplia en l'eliminació de la MGF.
➤ La creació d'organismes internacionals de seguiment i l'adopció de resolucions que condemnin la pràctica.
➤ Revisió dels ordenaments legislatius i creixent suport polític a l'eliminació de la mutilació genital femenina en 26 països d'Àfrica i l'Orient Mitjà, així com en altres 33

països industrialitzats on hi ha una població immigrant procedent de països on es practica la mutilació genital femenina.
➤ El 2007, l'UNFPA i la UNICEF van posar en marxa el Programa conjunt sobre la mutilació / ablació genital femenina amb l'objectiu d'aconseguir que aquesta pràctica sigui abandonada com més aviat millor.
➤ El 2008 l'OMS, juntament amb altres nou organismes de les Nacions Unides, va fer pública una declaració sobre el tema en què s'advocava per intensificar les tasques de sensibilització per aconseguir que la mutilació genital femenina fos abandonada.
➤ El 2010 l'OMS, en col·laboració amb una sèrie de grans organismes de les Nacions Unides i organitzacions internacionals, va fer pública una estratègia mundial destinada a impedir que el personal de salut practiqués la mutilació genital femenina.
➤ El 2011 se celebra el Conveni d'Estambul, convenció del Consell d'Europa que té per objectiu la lluita contra la violència envers els dones.
➤ El 2018, l'OMS va presentar un manual clínic sobre MGF per millorar els coneixements, actituds i aptituds dels prestadors d'atenció de salut l'hora de prevenir i tractar les complicacions d'aquesta pràctica

1.7.1. LES TAULES LOCALS DE PREVENCIÓ

Les taules locals de prevenció de la MGF són un dels recursos que constitueixen el circuit contra la MGF. En elles hi trobem a professionals dels serveis públics (metges, treballadors socials, professors i policies, entre d'altres) que treballen de manera coordinada en contacte directe amb la població susceptible de sofrir la pràctica. Han estat creades per a desplegar el Protocol d'actuacions, detectar possibles casos i treballar, sobretot, en la seva prevenció, a nivell local, de manera que l'acció pugui ser efectiva, és a dir, s'aconsegueixi que la nena no sigui mutilada.

Per assolir una fita com aquesta és molt important la detecció de casos de risc, quelcom que exigeix d'un seguiment de casos concrets i de mesures que es puguin emprendre des de la primera sospita. Són clau la col·laboració i la implicació de les associacions que hi treballen i, especialment, de les persones de la pròpia comunitat esdevingudes agents actius que afavoreixen les dinàmiques de sensibilització entre les famílies.

Catalunya disposa de 73 taules de prevenció local. Els agents que la componen són: serveis socials, responsables dels Plans de Ciutadania i Immigració, representants

dels centres educatius, pediatres i/o responsables del CAP, interlocutor de la comunitat dels Mossos d'Esquadra i/o Polícies Locals, equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència. Així, de manera esquemàtica, les T.P han de:

➤ Organitzar els agents implicats en l'aplicació efectiva del protocol d'actuació.
➤ Realitzar un treball de prevenció primària: canviar les conductes d'aquelles persones considerades com a potencialment actives en la realització de la pràctica.
➤ Identificar i detectar grups de risc, d'influència,
➤ Realitzar un treball de prevenció secundària:
➤ Identificar casos de risc.
➤ Intervenir directament sobre les persones que poden sofrir la pràctica.

Per al correcte funcionament de les taules de prevenció hi ha unes recomanacions generals (previstes al document públic del Departament d'Acció Social i Ciutadania) que aborden el procés preventiu, és a dir, persegueixen l'anticipació, que la mutilació no es faci efectiva. S'estableixen mesures d'intervenció segons sector: sanitari (a tall d'exemple: en cas de viatge, es demana a les famílies que signin un compromís escrit de no mutilació), serveis socials (si la família afirma que li practicaran en arribar al país d'origen ho comunicaran a fiscalia) educatiu, (si se'n té certesa o la sospita fonamentada, la direcció del centre ho posarà en coneixement de la DGAIA), cossos de seguretat (investigació que des del jutjat se li requereixi), associatiu (instaurar un diàleg intergeneracional entre tots els membres influents). De no poder evitar-la, contempla mesures per ajudar a la persona afectada.

El més necessari és que totes aquelles persones implicades en la prevenció hagin rebut una formació adequada. Com que la transmissió de coneixement és bàsica, cal disposar de fórmules comunicatives per explicar les conseqüències físiques i psicològiques a les famílies que duen a terme aquesta pràctica sense que se sentin criminalitzades, així com fer-los extensiva la normativa Espanyola, és a dir, advertir-los, també, de les conseqüències penals. Amb això es pretén una sensibilització que hauria de ser el primer pas per a la seva renúncia, quelcom que ha de fer la pròpia família, doncs aquesta és l'única garantia de protecció per a la filla. Serà interessant, a més, fer partícips a membres de la comunitat, fer-los agents actius. Tenint en compte que la MGF és una de

les diferents formes que pren la violència masclista, caldrà promoure l'actuació de les dones africanes com a principals protagonistes en el procés d'erradicació de la MGF, ja que són les principals afectades.

En els casos de consumació s'actuarà segons el que estableixin les lleis, però quan hi hagi més menors per protegir, siguin dins el nucli familiar directe o en el marc de la família extensa, no s'abandonarà el treball preventiu, prioritzant l'atenció psicològica que pugui necessitar-se. Com identifiquem els casos de risc? Hi ha indicadors:

- Pertànyer a una ètnia que pràctica la MGF.
- Provenir d'un país amb una alta prevalença.
- Pertànyer a una família en què la mare i/o germanes l'han sofert.
- Proximitat d'un viatge al país d'origen.
- L'edat.

Cal tenir en compte, però, que no en tots els casos la nena o dona voldrà admetre que ha sigut víctima de la MGF, hi ha múltiples raons per voler amagar-ho, les més comunes, la vergonya o la por. Això no solament passa en el cas de la MGF, sinó en totes les formes de violència contra les dones, la víctima refusa acceptar que ha sigut víctima. Són indicadors de sospita de consumació de la pràctica:

Canvis de caràcter
Tristesa i manca d'interès.
Caminar amb les cames juntes o molt separades
Neguit a l'hora d'asseure's
Pal·lidesa cutaneomucosa
Síntomes d'anèmia subaguda
No realitzar exercicis físics o no voler participar en jocs que impliquen activitat
Comentaris fets a les companyes de l'escola

Font: Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina.
Departament d'Acció Social i Ciutadania.

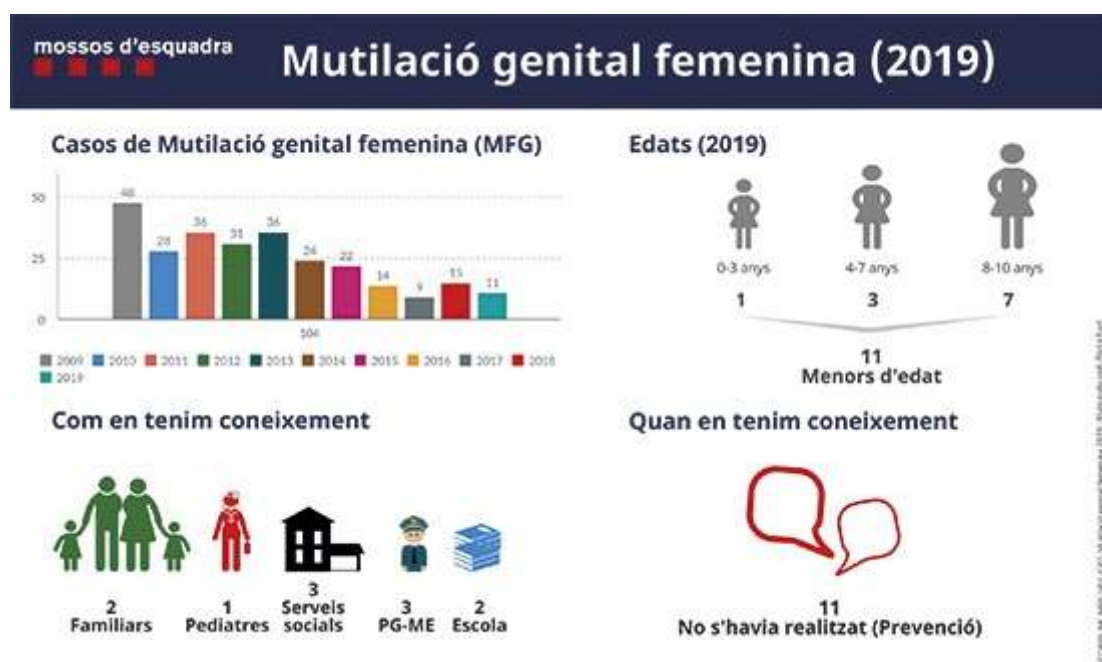
2. MARC PRÀCTIC

2.1 INTRODUCCIÓ

Conversant amb persones del meu entorn m'he adonat que la gran majoria entén la mutilació com una pràctica llunyana. Hauria pogut provar-ho a classe, durant una pausa: agafar un mapa i demanar-los-hi que, amb una xinxeta, marquessin aquelles zones geogràfiques en les que la MGF es realitza. Jo n'hauria agafat una també, de xinxeta; i en acabar, la posaria damunt de Catalunya.

Sé que pot sonar exagerat, que la quantitat de casos coneguts no és ni de bon tros comparable, entre els països de l'Àfrica i els d'Europa. Tanmateix, l'existència d'un cas em sembla més que suficient, sobretot si no es vol ser còmplice de la invisibilització d'una pràctica tant nociva com la mutilació.

Malgrat els protocols, els casos continuen succeint-se. Així ho demostren les dades del 2019 presentades pels Mossos d'Esquadra:



Que se n'hagi tingut constància (a través de famílies, sanitaris, serveis socials, policia i escola), 11 casos, xifra que ens adverteix de la seva presència.

D'aquí sorgeix l'horitzó del meu marc pràctic: realitzar una aproximació als casos de risc de la província de Lleida. En una empresa com aquesta els objectius són diversos. Els llisto a continuació:

- conèixer com estan distribuïdes les persones provinents de països on es practica la MGF.
- identificar els municipis amb una major població natural de països practicants.

- c) destacar els municipis amb un alt percentatge de població provinent de països on la prevalença de la pràctica és major.
- d) analitzar les dades del municipi amb les xifres més elevades, prestant especial atenció als indicadors de risc que coneixem.

Per fer-ho, hem treballat a partir de les dades de població d'IDESCAT de l'any 2019, organitzades amb diferents taules d'elaboració pròpia que s'aniran mostrant al llarg del marc pràctic.

Ens interessava conèixer possibles casos de risc, acostar-nos-hi amb rigor. Tanmateix, les limitacions comunicatives han dificultat la precisió. Els indicadors de risc els hem esmentat a la part teòrica. Tot i amb això, els esmento novament a continuació:

- Pertànyer a una ètnia que pràctica la MGF.
- Provenir d'un país amb una alta prevalença.
- Pertànyer a una família en què la mare i/o germanes l'han sofert.
- Proximitat d'un viatge al país d'origen.
- L'edat.

Nosaltres hem hagut de buidar les dades considerant 2 dels 5 indicadors: l'edat i la procedència. La col·laboració de les entitats ens hauria servit per obtenir informació d'un tercer, el de les ètnies, però les comunicacions no han sigut tot el fructíferes que esperàvem. Des d'un inici, sabíem que hi hauria indicadors als que no podríem accedir, per una qüestió d'intimitat i legalitat.



Començo el recorregut organitzant les dades de la font cartogràfica amb una graella que distribuirà els països segons prevalença, de menys a més i que ens servirà de punt de partida.

PREVALENÇA (%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria Camerun Benín Togo Ghana Tanzània Yemen Níger Irak	Senegal Costa marfil Chad Rep. Centreafricana Kènia	Guinea- Bissau Liberià Indonèsia	Burkina Fasso Mauritània Etiòpia Gàmbia	Somàlia (98%) Guinea (95%) Yubiti (94%) Mali Sierra Leone Egipte Sudan Eritrea

Els moviments migratoris, a més de la immaterialitat de la tradició (els costums, que constitueixen part de la identitat i migren amb les persones), són un dels factors que han causat l'aparició de la MGF en espais geogràfics on no es realitzava. Per aquesta raó, en la següent graella es presenten dades de població extretes d'IDESCAT per conèixer el total d'habitants de la província de Lleida provinents de països on es practica la MGF en una primera aproximació a la identificació de casos de risc. S'opta per col·locar el total a l'esquerra, desplegant les xifres per sexes tot identificant les noies edat la qual comprèn entre els zero i els catorze anys (repartides en franges quinquennals. Franja 1: **0-4**; franja 2: **5-9**; franja 3: **10-14**)

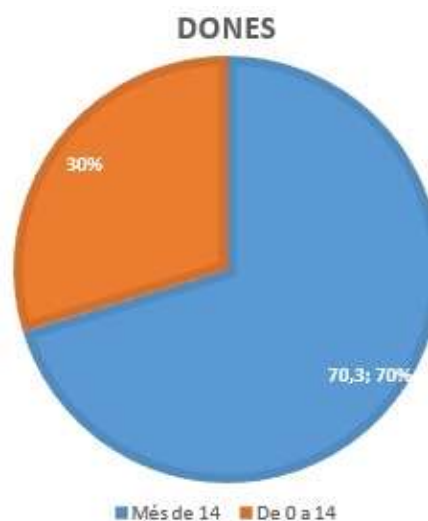
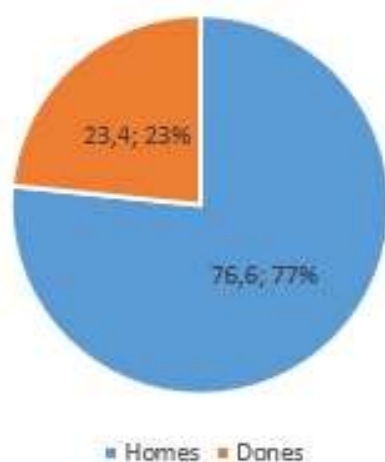
POBLACIÓ DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF			
TOTAL	HOMES	DONES	0-14 anys
11.807	9.047	2760	819*

FONT: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019).

Atenent a les xifres, el número d'homes és major respecte el de les dones, un 76,6% enfront d'un 23,4%.

L'asterisc de la taula anterior (columna 0-14) obeeix a la impossibilitat de precisar el número exacte. Les dades d'alguns països no són concretes, aporten una xifra orientativa inferior a quatre (<4). Els llisto a continuació: Mauritània, Guinea Bissau, Burkina Fasso, Togo, Níger, Sierra Leone. Per subvertir la imprecisió, es realitza un càlcul hipotètic considerant la xifra més baixa inferior a 4 per determinar el mínim de població i la més alta per al màxim. D'aquesta manera, sabem que el número de noies provinents de països on es practica la MGF oscil·larà entre les 819 i les 838.

Població de països MGF per sexes



Les graelles que segueixen pretenen desglossar les xifres generals per països (1) i detallar la distribució per municipis (2).

CONCRECIÓ DE LES DADES DE POBLACIÓ PER PAÏSOS (1)			
SENEGAL			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
4431	3428	1003	306
MALI			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
2082	1717	365	155
GÀMBIA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
1743	1430	313	93
GUINEA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
1234	933	301	97
NIGÈRIA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
643	325	318	67
GHANA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
440	344	96	28
MAURITÀNIA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
324	281	43	entre 11 i 13 (franja 3, <4)
EGIPTE			

TOTAL	HOME	DONA	0-14
282	158	124	28
GUINEA BISSAU			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
267	212	55	entre 9 i 12 (franja 3, <4)
CAMERUN			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
220	128	92	18
BURKINA FASSO			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
70	51	19	<4 a les tres franges
TOGO			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
19	12	7	consta dada a la franja 1, <4
NÍGER			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
16	9	7	consta dada a les franges 1 i 2, <4
SIERRA LEONE			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
13	8	5	consta dada a la franja 1, <4
INDONÈSIA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
12	3	9	0
BENÍN			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
7	6	(<4)	0
KENYA			
TOTAL	HOME	DONA	0-14
4	2	2	0

Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019)

De les **434.930** persones que conformen la població de la província de Lleida, **75.642** són estrangeres (el que suposa un **17,39%**). D'aquestes, **11.807 (15,6%)** vingudes de territoris on la mutilació continua sent un ritual d'iniciació a l'adulthood. La graella sobre prevalença (elaborada a partir de la font cartogràfica) ens mostra **29 països**, **17** dels quals formen part de la població forana. Es detalla a continuació:

DIVISIÓ DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MFG EXPOSATS A LA FONT SOBRE PREVALENÇA	
POBLACIÓ PROVÍNCIA DE LLEIDA	NO POBLACIÓ PROVÍNCIA LLEIDA
Senegal	Tanzània
Mali	Yemen
Gàmbia	Irak
Guinea	Costa de marfil
Nigèria	Chad
Ghana	Rep. Centreafricana
Mauritània	Libèria
Egipte	Somàlia
Guinea Bissau	Yubiti
Camerun	Sudan
Burkina Fasso	Eritea
Togo	Etiòpia
Níger	
Sierra Leone	
Indonèsia	
Benín	
Kenya	

FONT: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019).

A la primera gràfica les dades es distribuïen en cinc grups segons prevalença, de menys a més. Això ens permet tenir una panoràmica dels possibles casos de risc, doncs tot i no haver població provinent de Somàlia o Yubiti a la província de Lleida (el primer país i el tercer si atenem a l'índex de la pràctica -98% i 94%, respectivament), Mali, Sierra Leone, Egipte i Guinea (segon amb un 95%) representarien el **30,6%** (3611 habitants), als que seguirien Mauritània, Gambia, Burkina Fasso, Guinea Bissau i Indonèsia, emmarcant aquests els països on la prevalença és major. Les següents taules mostren la distribució de població per municipis. S'organitza la llista aplicant el criteri del major grup de població, tal i com consta a la graella 1 (*concreció de les dades de població per països*)

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
(2)			
SENEGAL			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	1202	Balaguer	514
Guissona	485	Mollerussa	378
Almacelles	208	Bellpuig	157
Tàrrrega	124	Cervera	120
Alcarràs	114	Almenar	97
Juneda	91	Torregrossa	72
Torrelameu	64	Alcoletge	60
Ivars d'Urgell	57	Maials	46
La Portella	46	Corbins	44
Albesa	38	Agramunt	28
Bellví	27	V. de Bellpuig	25
Oliana	23	Les B. Blanques	22
Altres ²¹	389		

FONT: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019).

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
MALI			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	754	Cervera	294
Alguaire	129	Mollerussa	123
Alcarràs	92	Balaguer	66
Benav. de Segrià	47	Rosselló	43
Alfarràs	32	Almacelles	32
Albesa	28	Aitona	24
Torre-serona	22	Vil. de Segrià	22
Agramunt	21	Sudanell	21
Tremp	21	Seròs	21

²¹ Consultar les dades de Senegal:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d239&b=7>

Tàrrega	20	La Portella	19
Torregrossa	18	Alpicat	17
Barbens	17	Guissona	17
Altres ²²	182		

FONT: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019).

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
GÀMBIA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	534	Balaguer	125
Cervera	106	Juneda	87
Alfarràs	70	Guissona	56
Alpicat	55	Alguaire	53
Les B. Blanques	52	Torrefarrera	42
Mollerussa	41	Térmens	40
Almacelles	38	Tremp	37
Torrelameu	33	Almenar	29
Bellcaire d'Urgell	27	La Seu d'Urgell	23
Torregrossa	21	Albesa	20
Rosselló	20	Maials	19
Agramunt	18	Alcarràs	18
Altres ²³	179		

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
GUINEA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	419	Alcarràs	258
Tàrrega	108	Mollerussa	64
Guissona	46	Almacelles	31

²² Consultar les dades de Mali

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d227&b=7>

²³ Consultar les dades de Gàmbia:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d216&b=7>

Linyola	31	Bellpuig	28
Balaguer	27	Corbins	24
Cervera	23	Agramunt	19
Albesa	13	Albatàrrec	12
Torrelameu	11	Gimenells	10
Artesa de Segre	9	Montoliu de Ll.	8
Rosselló	8	Torres de Segre	8
Alpicat	6	Benavent de S.	5
Vil. de la Barca	5	Seròs	5
Altres ²⁴	56		

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
NIGÈRIA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	584	Balaguer	12
Mollerussa	12	Guissona	8
Cervera	5	Artesa de Lleida	4
Altres ²⁵ (<4)	23		

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
GHANA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	277	Mollerussa	36
Balaguer	24	Alcarràs	22
Corbins	13	Vil. de la Barca	7
Térmens	6	Torà	6
Albesa	5	Castellnou de S.	5
Menàrguens	5	Torrelameu	5

²⁴ Consultar les dades de Guinea:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d218&b=7>

²⁵ Consultar les dades de Nigèria:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d234&b=7>

Alcoletge	4	La Portella	4
Altres ²⁶ (<4)	71		

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
MAURITÀNIA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	152	Alfarràs	47
Mollerussa	25	Ivars de Noguera	11
Bellpuig	10	Guissona	10
Bell-lloc d'Urgell	8	Vilanova de Segrià	7
Torregrossa	6	Torrelameu	6
Bellví	5	Ivars d'Urgell	4
Maials	4	Altres ²⁷ (<4)	29

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
EGIPTE			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	86	Cervera	78
Tàrraga	49	Guissona	24
Balaguer	15	Agramunt	11
Tremp	8	Ponts	4
Altres ²⁸ (<4)	7		

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
GUINEA BISSAU			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	77	Menàrguens	43
Balaguer	31	Almenar	24
Almacelles	22	Alcarràs	12

²⁶ Consultar les dades de Ghana:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d217&b=7>

²⁷ Consultar les dades de Mauritània:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d230&b=7>

²⁸ Consultar les dades d'Egipte:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d213&b=7>

Montoliu de Lleida	7	Alguaire	6
Torregrossa	6	Ivars d'Urgell	5
Mollerussa	4	Altres ²⁹ (<4)	30

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
CAMERUN			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	195	Bellver de Cerd.	14
Bellpuig	5	Altres ³⁰ (<4)	6

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
BURKINA FASSO			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	47	Linyola	7
Mollerussa	5	Altres ³¹ (<4)	11

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
TOGO			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	16	Altres ³² (<4)	3

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPIS			
NÍGER			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	14	Altres ³³ (<4)	2

²⁹ Consultar les dades de Guinea Bissau:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d219&b=7>

³⁰ Consultar les dades de Camerun:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d208&b=7>

³¹ Consulta les dades de Burkina Fasso:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d201&b=7>

³² Consulta les dades de Togo:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d247&b=7>

³³ Consulta les dades de Níger:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d233&b=7>

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
SIERRA LEONE			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	6	Altres ³⁴ (<4)	7

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
INDONÈSIA			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	4	Altres ³⁵ (<4)	8

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
BENÍN			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Lleida	4	Altres ³⁶	3

DISTRIBUCIÓ DE POBLACIÓ PER MUNICIPI			
KENYA ³⁷			
MUNICIPI	nº POBLACIÓ	MUNICIPI	nº POBLACIÓ
Tàrraga	(<4)	Lleida	(<4)
Rosselló	(<4)		

El buidatge de dades pretén donar a conèixer els municipis de la província amb el nombre més alt de població forana (naturals de països on es practica la MGF). Atenent a les graelles anteriors, la ciutat de Lleida és la que concentra més residents estrangers: 1202 persones provinents de Senegal; 754 de Mali; 534 de Gàmbia; 419 de Guinea; 584 de Nigèria; 277 de Ghana; 152 de Mauritània; 86 d'Egipte; 77 de Guinea Bissau; 195 de Camerun; 47 de Burkina Fasso; 16 de Togo; 16 de Níger; 6 de Sierra Leone; 4 d'Indonèsia; 4 de Benín i menys de 4 de Kenya. El seguirien Balaguer, Guissona,

³⁴ Consulta les dades Sierra Leone:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d241&b=7>

³⁵ Consulta les dades de Sierra Leone:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d411&b=7>

³⁶ Consulta les dades de Benín:

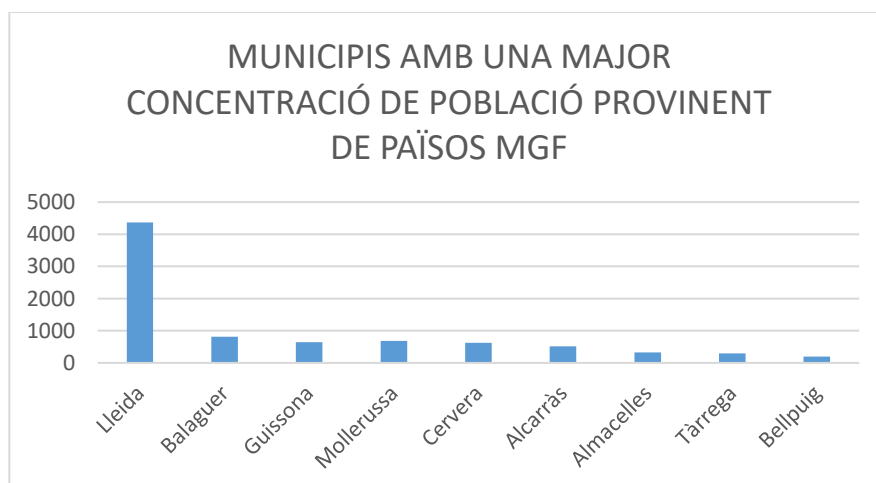
<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d204&b=7>

³⁷ Consulta les dades de Kenya:

<https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?geo=prov:25&nac=d221&b=7>

Mollerussa i Cervera. En tots ells, amb una alta presència de residents provinents del Senegal (514 a Balaguer; 485 a Guissona; 378 a Mollerussa, 120 a Cervera). És cert que al municipi d'Almacelles hi ha 208 residents originals d'aquest país. Tanmateix, el propòsit es llistar aquells territoris amb una major concentració de població provinent de llocs on es practica la MGF, entre els quals no estaria aquest poble del Segrià (amb un total de 331 habitants que respondrien al criteri del treball). Dels 17 països de la graella, Senegal, Mali, Gàmbia, Guinea i Nigèria són els més presents. A excepció del municipi de Lleida, al que caldria afegir Ghana, Mauritània i Camerun (se citen els més nombrosos), els 5 anteriors serien el denominador comú dels 5 municipis de la província amb major població.

Tot i amb això, les xifres ens conviden a destacar un altre aspecte rellevant: els municipis on resideixen persones provinents de països on la prevalença és major. Sabem que a Lleida n'hi ha 1202 vingudes del Senegal. Una dada, aquesta, que situa la capital de província al capdavant. Tanmateix, se sap que els *wòlof*, ètnia majoritària del país, no practica aquest ritual, raó per la qual hem d'ampliar la lectura i posar el focus en els territoris on la probabilitat de dur a terme la mutilació és major. És a dir, caldrà mirar en quins municipis hi ha població provinent de països amb una major prevalença de la mutilació genital femenina (establint com a indicadors de risc aquells prevalença la qual és superior a 60%). Es fan constar els següents països: Mali, Guinea, Egipte, Sierra Leone (80 -98%), Gàmbia, Mauritània, Faso (60-80%). Això fa que, a més de les poblacions de ponent esmentades des d'un principi, haguem d'afegir tres municipis: Alcarràs, Alguaire i Alfarràs. En les graelles i gràfiques que segueixen s'endrecen totes les dades presentades en aquest apartat:



Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'IDESCAT (2019)

En tant que capital de província, Lleida és la ciutat amb una major concentració de població provinent de països on es practica la mutilació genital femenina. Però cal analitzar adequadament les dades. Com hem comentat abans, més d'un miler provenen del Senegal, país on la prevalença de la pràctica és inferior (entre un 20 i un 40%). El que farà que atenguem especialment aquest municipi serà la xifra de residents vinguts de Mali, Guinea, Egipte i Sierra Leone: amb un total de 1265 persones, el que suposa el 28%. Si realitzem el càlcul contemplant els països amb una prevalença d'un 60 – 80%, (Gàmbia, Mauritània i B.Fasso), la xifra augmenta fins a 1998, significant aquest número de persones el 45% del total.

MUNICIPI DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA AMB MAJOR POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF				
LLEIDA				
Senegal	Mali	Gàmbia	Guinea	Nigèria
1202	754	534	419	584
Ghana	Mauritània	Egipte	G.Bissau	Camerun
277	152	86	77	195
B.Fasso	Togo	Níger	S.Leone	Indonèsia
47	16	14	6	4
Benín	Kenya			
4	<4			

Per organitzar les dades de la graella, s'elabora una taula en la que es fan constar els països amb població resident al municipi de Lleida segons prevalença.

GRAELLA DE POBLACIÓ SEGONS PREVALÈNCIA PAÍS D'ORIGEN (%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria	Senegal	Guinea-	Burkina	Guinea
Camerun	Kenya	Bissau	Fasso	Mali
Benín		Indonèsia	Mauritània	Sierra Leone
Togo			Gambia	Egipte
Ghana				
Níger				

MUNICIPI DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA AMB MAJOR POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF				
BALAGUER				
Senegal	Mali	Gàmbia	Guinea	Nigèria
514	66	125	27	12
Ghana	Mauritània	Egipte	G.Bissau	Camerun
24	-	15	31	-
B.Fasso	Togo	Níger	S.Leone	Indonèsia
<4	-	-	<4	<4
Benín	Kenya			
-	-			

En segon lloc es troba Balaguer. Aquest municipi de la Noguera concentra majoritàriament població provinent del Senegal (514 persones). El segon país és Gàmbia, dada que he de destacar pel percentatge de prevalença de la pràctica. Tot i amb això, si ens fixem en la columna de major risc (la que presenta una incidència d'entre el 80 i el 90%), trobaríem a 109 persones (variaria fins a 101 si, en comptes d'una, a Sierra Leone haguéssim ficat tres), procedents de països on la mutilació continua molt present. D'aquestes, 27 serien de Guinea; 66 de Mali, 1 (o 3) de Sierra Leone i 15 d'Egipte.

Per organitzar les dades de la graella, s'elabora una taula en la que es fan constar els països amb població resident al municipi de Balaguer segons prevalença.

GRAELLA DE POBLACIÓ SEGONS PREVALENÇA PAÍS D'ORIGEN (%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria	Senegal	Guinea-	Burkina	Guinea
Ghana		Bissau	Fasso	Mali
		Indonèsia	Gambia	Sierra Leone
				Egipte

MUNICIPI DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA AMB MAJOR POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF				
GUISSONA				
Senegal	Mali	Gàmbia	Guinea	Nigèria
485	17	56	46	8
Ghana	Mauritània	Egipte	G.Bissau	Camerun
<4	10	24	<4	-
B.Fasso	Togo	Níger	S.Leone	Indonèsia
<4	-	-	-	-
Benín	Kenya			
-	-			

Seguint amb l'exposició de municipis, a Balaguer el seguiria Guissona (aplicant el criteri de número de població). Com en la resta de territoris, el gruix més important de població prové del Senegal (485 persones). En aquesta poble de la Segarra, si ens fixem en les xifres on la possibilitat augmenta (hi ha un major risc) el número de població susceptible de perpetuar la practica creix fins a un total de 87 (Guinea, 46; Mali, 17 I Egipte, 24).

Per organitzar les dades de la graella, s'elabora una taula en la què es fan constar els països amb població resident al municipi de Guissona segons prevalença.

GRAELLA DE POBLACIÓ SEGONS PREVALENÇA PAÍS D'ORIGEN(%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria	Senegal	Guinea-Bissau	Burkina	Guinea
Ghana			Fasso	Mali
			Mauritània	Egipte
			Gàmbia	

MUNICIPI DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA AMB MAJOR POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF				
MOLLERUSSA				
Senegal	Mali	Gàmbia	Guinea	Nigèria
378	123	41	64	12

Ghana	Mauritània	Egipte	G.Bissau	Camerun
36	25	<4	4	<4
B.Fasso	Togo	Níger	S.Leone	Indonèsia
5	-	-	-	-
Benín	Kenya			
-	-			

A Guissona el seguiria Mollerussa. La dinàmica de les dades mostra el mateix respecte el gruix més alt de població, amb 378 residents provinent del Senegal. Tanmateix, hem de senyalar aquells casos en els que la prevalença de la practica és major. D'aquí que puguem xifrar en 188 (hem fet la suma assignant 1 al cas d'Egipte), les persones foranies originals d'un país on la mutilació segueix vigent.

Per organitzar les dades de la graella, s'elabora una taula en la què es fan constar els països amb població resident al municipi de Mollerussa segons prevalença.

GRAELLA DE POBLACIÓ SEGONS PREVALENÇA PAÍS D'ORIGEN (%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria	Senegal	Guinea-Bissau	Burkina	Guinea
Camerun			Fasso	Mali
Ghana			Mauritània Gàmbia	Egipte

MUNICIPIIS DE LA PROVÍNCIA DE LLEIDA AMB MAJOR POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON ES PRACTICA LA MGF				
CERVERA				
Senegal	Mali	Gàmbia	Guinea	Nigèria
120	294	106	23	5
Ghana	Mauritània	Egipte	G.Bissau	Camerun
-	<4	78	<4	-
B.Fasso	Togo	Níger	S.Leone	Indonèsia
-	-	-	-	<4

Benín	Kenya
--------------	--------------

-

-

I per últim, Cervera, capital de la Segarra. En aquest municipi, a diferència de la resta, la comunitat de residents amb una major presència no és de Senegal (120) sinó de Mali (294), dada significativa si tenim en compte la prevalença de la practica en el país. Aquesta xifra ens serviria per justificar la creació de la figura de l'agent comunitari per a la prevenció de la MGF, una iniciativa amb la que reforçar el protocol contra la mutilació. La funció d'aquests agents serà la d'informar a les diferents comunitats d'altres poblacions i sensibilitzar-les. Com hem dit al final del marc teòric, el més important és la transferència de coneixement. A la dada de persones provinents de Mali, cal afegir les de Guinea (23) i Egipte (78), amb un total de 395 habitants.

Per organitzar les dades de la graella, s'elabora una taula en la què es fan constar els països amb població resident al municipi de Cervera segons prevalença.

GRAELLA DE POBLACIÓ SEGONS PREVALENÇA PAÍS D'ORIGEN(%)				
0-20	20-40	40-60	60-80	80-98
Nigèria	Senegal	Guinea-Bissau Indonèsia	Mauritània Gàmbia	Guinea Mali Egipte

Per completar l'anàlisi, cal afegir la lectura de dades considerant com a criteri la concentració de població provinent de països on la prevalença és major. La taula següent organitza les xifres:

TAULA DE MUNICIPIS AMB UN ALT PERCENTATGE DE POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS ON LA PREVALENÇA DE LA PRÀCTICA ÉS MAJOR			
MUNICIPI	Nº TOTAL POBLACIÓ MGF	PREVALENÇA (%) 60 - 95	% SOBRE EL TOTAL
Alcarràs	516	378	73,25%
Alguaire	188	182	96,8%
Alfarràs	149	149	100%

Aquest serien els tres municipis on la dada és més elevada: Alcarràs, Alguaire i Alfarràs poblacions on el percentatge de persones provinents de països on la prevalença de la MGF és major.

PRESENTACIÓ DADES DEL MUNICIPI AMB MAJOR CONCENTRACIÓ DE POBLACIÓ PROVINENT DE PAÏSOS MGF								
LLEIDA								
DADES PER PAÍS D'ORIGEN, SEXE I EDAT (entre 0 i 14)								
PAÍS			PAÍS			PAÍS		
H	D	0-14	H	D	0-14	H	D	0-14
Senegal			Mali			Gàmbia		
920	282	71	634	120	52	445	89	22-24
Guinea			Nigèria			Ghana		
315	104	32	294	290	63	219	58	11-14
Mauritània			Egipte			G.Bissau		
134	18	6-10	52	34	3-9	52	25	2-6
Camerun			B.Fasso			Togo		
110	85	16	36	11	-	9	7	1-3
Níger			S.Leone			Indonèsia		
8	6	2-6	4	2	-	3	1	-
Benín			Kenya					
4	-	-	<4					

Un dels indicadors de risc és l'edat de les noies. La graella reflecteix les dades per països d'origen i per sexes, presentant a la tercera les noies entre 0 i 14 anys. Com ha passat al llarg de tot el treball, la comunitat de senegalesos és la més nombrosa a la ciutat de Lleida, dada reflectida també en la columna de les noies entre 0 i 14 (71). Com que l'ètnia majoritària, al Senegal, és la *wòlof* i no celebra aquest ritual, a l'espera de poder concretar les ètnies dels residents a Lleida provinents d'aquest país (a dia 2 de Gener no he obtingut resposta), no les contemplarem a l'hora de xifrar els possibles casos de risc. Els seguiria la comunitat de nigerians, amb un total de 63 nenes, que tampoc considerarem perquè la prevalença en el país és inferior a la del Senegal (entre un 0 i un 20%).

Ens fixarem, ara, en les comunitats originals de països on la practica és més freqüent. Aquestes són: les provinents de Guinea, Mali, Egipte (prevalença 80-98%), per una banda; de Mauritània, Gàmbia, per l'altra. Si féssim l'operació aritmètica, sense tenir en compte el criteri de la prevalença, ens trobaríem amb 115 casos de risc, és a dir, nenes susceptibles de ser mutilades. Tanmateix, en un intent per ser més rigorosos, analitzem les dades atenent a la prevalença. Així, seria necessari prestar especial atenció a les xifres de Guinea, Mali i Egipte. En una primera aproximació a la identificació de possibles casos, podríem afirmar que hi ha, com a mínim, 87 nenes en situació de risc, dada que hauria de ser avaluada contemplant la resta d'indicadors.

3. CONCLUSIONS

Tot fa pensar que la mutilació genital femenina no s'haurà erradicat al 2030. Quan parlem d'abolir la practica, no ens referim només a un marc continental. A Europa, per exemple. És una qüestió planetària, com tantes altres. Les xifres de Somàlia, Yubiti i Guinea son tan elevades que l'escenari d'un país que passi del 98% al 0% resulta gairebé inimaginable. Hem vist que les iniciatives legislatives formen part de la solució, però han d'anar acompanyades de conscienciació. La transmissió de coneixement, (l'educació, la sensibilització) és garantia de superació. Només reconeixent el problema, és a dir, identificant la mutilació com una vulneració dels drets humans (i no pas un benefici cultural), s'aconseguirà esborrar-la del mapa.

Hem conegut quines son les raons que fonamenten la perpetuació del ritual, validesa la qual és més que discutible: des dels arguments religiosos fins als higiènics. A propòsit d'això volíem saber si hi havia alguna relació entre l'acte de mutilar i la voluntat de dominació. Hem vist que sí, que entre l'autonomia i el plaer hi ha una vinculació, sobretot perquè la pràctica va acompanyada d'uns principis socials que releguen la dona a la passivitat.

Ens hauria agradat realitzar un estudi més minuciós sobre els casos de risc a la ciutat de Lleida. Tot i amb això, les dificultats aparegudes al llarg del desenvolupament del marc pràctic (bona part, de comunicació amb l'administració), no ens han permès ser més rigorosos. Per això advertíem, al principi, del caràcter aproximatiu de les dades. De tots els indicadors, hem pogut acostar-nos a dos: l'edat i la procedència. D'haver-nos facilitat la Paeria les dades sobre les ètnies (de tenir-ne coneixement), el resultat hauria sigut més concret.

L'existència de les taules de prevenció local contra la mutilació és una iniciativa que desconeixia abans de començar aquest treball i em plau haver-la conegut. Hauria sigut molt interessant conversar amb el membre de la Paeria de Cervera que em va contestar el correu prestant-se a respondre les preguntes relatives a l'agent comunitari contra la prevenció de la MGF. Entenc, però, que l'actual situació sanitària (sumada a les circumstàncies personals) no ho ha fet possible. Tan de bo el punt i final d'aquest treball sigui el presagi que anuncia la seva desaparició.

4. BIBLIOGRAFIA

- AMNISTÍA INTERNACIONAL, *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*, 1998.
- KAYANI, Azade; ZEIN Martha: *Solo las diosas pasean por el infierno*. Barcelona. Flor del desierto ediciones, 2002.
- KHADY. *Mutilada, un testimonio estremecedor sobre la mutilación genital femenina*. Madrid: Martinez roca, 2007
- STROMQÜIST, Liv, *El fruto prohibido*, Reservoir Books, 2018.
- M. SANYAL, Mithu: *Vulva, la revelación del sexo invisible*. Anagrama, 2018.
- DIRE, Waris. *Niñas del desierto*. Madrid: Maeva, 2005.
- Fundación Wassu. *Mutilación Genital Femenina, Manual para profesionales*, 2017.
- Associació Catalana de Llevadores (Asociación catalana de matronas) “Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales”, 2004 (actualizado en 2007); <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guialleva2007.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la immigració. *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*.
- Isabel Oller. *La prevenció de la Mutilació Genital Femenina a través del treball comunitari*, 2012.

WEBGRAFIA:

- ARMANIAN, Nazanín, *Ommi la mutiladora de Girona*, El Mundo, 19 de maig de 2002, <https://www.elmundo.es/cronica/2002/344/1021884323.html>
- ARMANIAN, Nazanín, *ablación y circuncisión: orgía de adultos con la sangre infantil*, Publico, 25 d'agost de 2015 <https://blogs.publico.es/puntoyseguido/2942/ablacion-y-circuncision-orgia-de-adultos-con-la-sangre-infantil/>
- DE ANDRÉS, Francisco, *¿defiende el islam la MGF?*, ABC, 11 de desembre de 2013 <https://www.abc.es/internacional/20131211/abci-ablacion-islam-201312101850.html>
- Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979 art. 5. <https://www.inmujer.gob.es/elInstituto/normativa/normativa/docs/convencion.pdf>
- OMS, Female Genital Mutilation -Programmes to date: What works and what doesn't - A review, Organización Mundial de la salud, Ginebra, 1999; http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_programmes_review.pdf

- INFORME FUNCACIÓ KIRIA: <http://www.fundacionkirira.es/pdf/boletin-2019.pdf>
- UNFPA: preguntes freqüents <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf>
- OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- MÉDICOS DEL MUNDO: <https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espana/mutilacion-genital-femenina>

5. ANNEX

5.1. ENTREVISTA A LA FUNDACIÓ WASSU

**Fundación Wassu-UAB:
Respuesta a solicitud de información**

Solicitante: (nom alumna), estudiante de 2º de Bachillerato.

Contacto: cabouchi@institutguindavols.cat

Motivo: Trabajo Final de Investigación (TDR).

Fecha de respuesta: 18/12/2020

Fuente a quien atribuir las respuestas: Beatriz Escaño, investigadora en Fundación Wassu-UAB.

1. En el meu treball proposo com a objecte d'estudi la MGF (una de les tantes expressions de violència masclista) i intento donar resposta a la pregunta per la seva erradicació abans del 2030 tal i com apunta l'apartat 5.3 de l'agenda de les Nacions Unides: "eliminar totes les pràctiques nocives, com el matrimoni infantil, precoç i forçat, així com la mutilació genital femenina". L'any 1979 l'Assemblea General de las Nacions Unides va aprovar la Convenció sobre Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona. Estem al 2020, *per què ens està costant tant?*

En las comunidades practicanes, al ser una tradición arraigada culturalmente, el cambio es lento, ya que se tiene que ir viendo cuál es la actitud de las nuevas generaciones. Lo que nosotras valoramos más positivamente es el impacto de las formaciones y sensibilizaciones que empoderan a las personas, convirtiéndolas en agentes de cambio. Estas acciones permiten un proceso de cambio sostenido en el tiempo que tiene efectos positivos en la vida de muchas mujeres y niñas. Es esencial ofrecer la información necesaria para que las personas puedan tomar decisiones libremente de forma consciente, el cambio no se puede imponer.

2. Ningú no discuteix que els punts recollits a l'Agenda 2030 son prioritaris si es vol *un món habitable*. Tot i amb això, pel que fa a la seva aplicació pràctica (desenvolupar polítiques reals) hi ha qui no es mostra gaire optimista amb l'ONU per considerar-la una *organització aliena a la realitat*. *Què opineu, des de la fundació?*

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas, se ha pronunciado contra las MGF por tratarse de prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y de las niñas. Al amparo de estas directivas, la mayoría de los países occidentales, y algunos gobiernos africanos, han aprobado en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas. Estas iniciativas legislativas crean el marco desde el cual trabajar, pero por sí solas no han conseguido el impacto esperado, como demuestran los estudios de prevalencia de la MGF realizados sobre el terreno, tanto en Europa como en África.

El desarrollo legislativo es un primer paso en la lucha contra las MGF, pero no hay que olvidar que las estrategias planteadas para su abandono comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que necesariamente debe ir a las propias raíces culturales y las relaciones de género.

3. Quan en una renyina algú resulta ferit (amb arma blanca), el caràcter de l'agresió és evident. No succeeix el mateix amb la mutilació. ***Per què l'agressió es torna impune quan s'inscriu en un ritual? És el relativisme cultural un problema?***

Con respecto al caso de España, cabe destacar que la legislación específica sobre MGF deja claro que esta práctica es un acto intolerable, tipificándola como delito. En tal caso, y al ser la MGF un tema tan complejo, se hace necesaria la coherencia entre el trabajo sobre las causas estructurales que nos llevan a prácticas tradicionales perniciosas para las mujeres y el trabajo sobre las consecuencias.

Aunque todas las mujeres se ven expuestas -en mayor o menor medida- a las implicaciones de la construcción de la diferencia sexual como complementariedad y jerarquía, las migrantes suman a la misma la alteridad cultural. Con diferente raza, etnia, religión, idioma o costumbres a los hegemónicos en el país de destino, sufren una intersección de factores que agravan y sofistican la discriminación. Un proceso de exclusión simbólica y material en el que han de enfrentarse a una política cultural que las expone a una doble alteridad: como mujeres en un sistema androcéntrico y como no occidentales en uno etnocéntrico.

Cualquier pretensión para prevenir prácticas culturales o ritos de paso lesivos para las mujeres en Europa, como es el caso de la MGF, ha de contemplar las implicaciones de dicha alteridad y activar políticas de inclusión, empoderamiento y resignificación que desactiven las dinámicas que sustentan la misma. Una intervención que ha de alejarse tanto de una superioridad etnocéntrica, que abona la exclusión y las identidades reactivas, como de un relativismo cultural acrítico con la violencia de género que suele recurrir al argumento del libre consentimiento o incluso a una entronización de las culturas y costumbres entendidas como universos estáticos, inmutables e intocables.

4. Per què costa tant superar la tradició quan és nociva?

La MGF forma parte de un rito de paso a la edad adulta, es un rito de iniciación, aunque muchas veces se realice antes de la pubertad fisiológica. Aun así, hay que recordar que existen diferencias contextuales en cada grupo étnico. Ver: *Mutilación Genital Femenina – Manual para profesionales* (FW, 2017). Apartado **“La MGF como rito de paso”**, (p. 36-37). La MGF es una tradición ancestral fuertemente arraigada en las comunidades que la practican. La decisión de abandonarla no se logra después de una sensibilización o taller, sino con un trabajo constante, construyendo relaciones desde la confianza y el diálogo intercultural. No tenemos un tiempo determinado, no presionamos a las comunidades para que nos digan que ya no realizarán la práctica, sino que damos tiempo, repasamos conceptos, conversamos y analizamos lo que dicen.

5. Com s'aconsegueix transferir el coneixement sense caure en l'etnocentrisme?

En Wassu tenemos la certeza de que los verdaderos cambios no se pueden imponer, tienen que surgir como decisiones de las propias personas afectadas para que sean sostenibles. Siguiendo nuestra metodología, el conocimiento obtenido en el terreno se transfiere en cascada a instituciones y actores clave, empoderándoles para que sean ellos/as quienes lo transfieran a las comunidades. Es por eso que ponemos tanto énfasis en la transferencia del conocimiento, para que tomen decisiones informadas.

La MGF no es sólo un problema local, sino que se ha convertido en un problema global, ya que forma parte del trasfondo cultural de las familias migrantes en la diáspora. Entonces, la idea es transferir el conocimiento a las comunidades y aprovechar las sinergias que se generan entre origen y destino de los movimientos migratorios.

6. Amb quins obstacles us heu trobat en la vostra experiència? Quin és el grau de satisfacció?

Creemos que el principal obstáculo es técnico y se traduce en recursos. Es muy difícil no contar con un flujo constante de dinero para invertir en nuestras actividades, materiales y recursos humanos. Las subvenciones son las que mantienen nuestro proyecto con vida, pero requieren tiempo y personal que se dedique al diseño de las actividades, informes de justificaciones, memorias y evaluación, elaboración de presupuestos, etc. Todo esto, que es clave en cuanto a transparencia, resulta complejo cuando el equipo de personas es pequeño y tienen que dividir su trabajo en la implementación de los proyectos vigentes, la búsqueda de nuevas fuentes de financiación, la difusión de nuestras actividades y logros, y los trámites burocráticos.

Es un proceso muy lento, que requiere de la implicación de muchos/as actores. Sin embargo, creemos que hemos avanzado, tenemos logros de los cuales nos sentimos orgullosas y nos dan energías para seguir trabajando en la prevención de la MGF.

Dentro de los aspectos que podemos destacar de nuestro trabajo en España, se encuentran:

- En 1998, un grupo interdisciplinar de profesionales, asesorados por la Dra. Adriana Kaplan, diseñan la primera versión del Compromiso Preventivo, una herramienta pensada para apoyar a los padres y madres en su decisión de no realizar la MGF a sus hijas cuando viajan a sus países de origen, descargándoles de las presiones del entorno familiar en origen y evitando cuestionar la autoridad de sus mayores. La Dra. Kaplan contrastó empíricamente el uso del documento con 11 familias que viajaron a sus países de origen con sus hijas, y comprobó su efectividad. En el año 2015 esta herramienta fue incluida en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutillación Genital Femenina (MGF), elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- En 2001 la Dra. Kaplan publicó el Mapa de la MGF en España. Este trabajo sociodemográfico es el primero en el mundo, muestra la población de los países donde se practica la MGF y su distribución en el territorio español. Es una fotografía del fenómeno que se actualiza cada cuatro años (2001, 2005, 2009, 2013 y 2017) y constituye una herramienta fundamental que permite el diseño

de políticas públicas y la coordinación de intervenciones preventivas y asistenciales a nivel de atención primaria (salud, trabajo social y educación).

- En 2006, el GIPE/PTP diseña el primer manual sobre MGF dirigido a profesionales de Cataluña, que fue publicado por el Institut Català de Salut (ICS). El año 2017 se publicó una edición actualizada del Manual para profesionales en España.
- En 2015, el equipo de FW realiza el estudio “La Mutilación Genital Femenina en España” para la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG). El año 2019 se realiza un nuevo estudio sobre la práctica en el país, que acaba de publicarse (https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violencia-EnCifras/estudios/investigaciones/2_020/estudio_mgf.htm)
- Cabe destacar la comparecencia de la Dra. Kaplan en las sesiones de la Subcomisión para el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2017), en su calidad de experta en materia de MGF.

7. Segons l'ONG PLA INTERNATIONAL, 40 milions de nenes i adolescents seran mutilades la pròxima dècada. Atenent a les dades, veieu viable complir amb l'objectiu de l'Agenda 2030?

Desde FW trabajamos intensamente por el abandono de esta práctica y contribuimos con nuestro trabajo a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 marcada por Naciones Unidas. Sin embargo, también sabemos que es un cambio que requiere de tiempo, constancia y recursos para crear modelos de intervención eficaces y respetuosos. Nos gustaría que en 2031 esta práctica ya no existiera, pero lo vemos difícil.

8. Per acabar: quins son els punts principals per a superar la MGF?

Fundamentalmente, sensibilización y formación. Tenemos que considerar que estamos trabajando con una tradición ancestral y la única forma de generar cambios sustentables que vengan desde las comunidades que practican la MGF, es construir conocimiento, que es lo que hacemos a través de nuestra metodología

Moltes gràcies per les seves respostes!

	SENEGAL	MAUÍ	GAMBIA	GUINEA	NIGERIA	GHANA	MAURITANIA	EGÍPTO	G.BISSA	CAMERUN	FASO	TOGO	NIGER	SUDÃO	INDO	BENIN	KENIA	TOTAL
LELEDA	1202	754	534	419	584	277	152	86	77	195	47	16	14	6	4	4	4	4371
BALAGUER	514	66	125	27	12	24	0	15	31	0	0	0	0	0	0	0	0	814
GUSSONA	485	17	56	46	8	0	10	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	646
MOLLERUSSA	378	123	41	64	12	36	25	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	688
ALMACELLES	208	32	38	31	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	331
BELLPUIG	157	0	0	28	0	0	10	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	200
TÀRREGA	124	20	0	108	0	0	0	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	301
CERVERA	120	294	106	23	5	0	0	78	0	0	0	0	0	0	0	0	0	626
ALCARRÀS	114	92	18	258	0	22	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	516
ALMENAR	97	0	29	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	150
JUNEDA	91	0	87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	178
TORREGROSSA	72	18	21	0	0	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	123
ALCOLETGE	60	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64
TORRELAMEU	64	0	33	11	0	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119
IVARS DURGELL	57	0	0	0	0	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	66
MAIALS	46	0	19	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69
LA PORTELLA	46	19	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69
CORBINS	44	0	0	24	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81
ALBESA	38	28	20	13	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104
AGRAMUNT	28	21	18	19	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97
BELLVÍS	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
VIL DE BELLPUIG	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
OLIANA	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
LES B.BLANQUES	22	0	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	74
ALGUAIRE	0	128	53	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	188
BENAVENT DE S.	0	47	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52
ROSSELLÓ	0	43	20	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71
ALFARRÀS	0	32	70	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	149
AITONA	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
TORRE-SERONA	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
VIL DE SEGRIÀ	0	22	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
SUDANELL	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21

[illegible]

----- Forwarded message -----

De: **nazanin** <nazanin@nazanin.es>

Date: jue., 30 jul. 2020 1:11

Subject: Re: Mutilació genital femenina

To: Chaimaa Abouchi <cabouchi@institutguindavols.cat>

Estimada Chiamma

¿Qué tal?

Responder sus preguntas me llevarían horas.....lo siento.

La propuesta de la ONU, Obviamente, es tan irrealista que solo puede salir de un organismo ajeno a la realidad como este. La situación de las mujeres, a nivel mundial se ha empeorado en las ultimas décadas : <http://www.nazanin.es/?p=3828> y en el caso de la ablación, se está extendiendo a lugares donde hace 30-40 años ni existía. El avance de la extremaderecha islámica+ la emigración son dos de los motivos de su expansión.

Hace unos años, conocí en Barcelona una asociación dirigida por una mujer senegalesa para la prevención de la ablación, pero no em acuerdo de su nombre. Seguramente, podrá encontrarla a través de las asociaciones feministas.

Para algunas preguntas que plantea, podrán encontrar respuestas en el centro de los datos de la ONU y de la UE. Otras, muy interesantes por cierto, como la relación de la violencia y los rituales, sin duda los libros de antropología podrán dar respuesta a esta complejidad, cuyos motivos pueden variar dependiendo de la cultura, sistema de valores, sistema político, etc.

Le deseo mucha suerte

Nazanin